

«De viktige små»

Sped- og småbarn født av rusmiddelavhengige kvinner

Kan bruk av kartleggingsinstrumenter sikre en trygg start på mor – barn relasjonen?

Masteroppgave i Familieterapi og systemisk praksis

Maren Løvås

29. mai 2015

Veileder: Siv Merete Myra

MAFAM 2011/2

Studiested: Diakonhjemmets høgskole, Oslo

Antall ord: 26646

Forord

For 24 år siden skrev jeg hovedfagsoppgave i sosialantropologi, om Palestinske mødre, en annen marginal gruppe mødre som den gang ble fremstilt i media nærmest uten empati siden de sendte sine barn ut i gatene for å kaste stein på soldater. Framstillingen av rusavhengige mødre i media har også en snev av fordømmelse. Jeg har vært nysgjerrig på å forstå, den gang som nå situasjoner i mødrenes liv som muliggjorde og umuliggjorde ulike typer valg.

Det har vært spennende å bli kjent med faget familieterapi. Det jeg oppdaget veldig fort var hvor tett det var knyttet til sosialantropologi. De er et nært slektskap og Bateson er jo en viktig grunn til det. Jeg er blitt bedre kjent med han gjennom familieterapien.

Jeg har mange å takke som ulike måter har bidratt. Først vil jeg takke mine to arbeidsplasser. Da jeg startet på denne masterstudien var Familiesenteret ved Bufetat min arbeidsplass og finansierte deler av utdanningen. Spesiell takk til Berit Wien som var min Marte Meo supervisor og lærte meg om «samspillet kraft».

Så en takk til Rogaland A- senter som det siste året har gitt meg en dag fri i uken til å skrive. Takk til tidligere klinikkssjef Anita Aniksdal som fikk meg engasjert til å skrive om dette temaet og til Kjersti Egenberg som oppfordret meg til å fullføre. Også takk til kollegaer på Korus og Avdeling for Gravide og Småbarnsfamilier som har bidratt med oppmuntrende og interesserte kommentarer.

Så må jeg rette en varm takk til min veileder Siv Merete Myra! Det har vært flott å ha en veileder som er så engasjert på dette feltet! Takk for gode råd, innspill og oppmuntringer!

Jeg har fulgt to klasser i dette studiet! Medstudenter har vært viktige i læringsprosessen i familieterapi. Spesielt takk til Trude Aarnes som jeg har hatt følge med i begge klassene og i praksisperioden.

Min familie fortjener også en takk: Takk til mine foreldre som alltid har støttet meg, og til min far som hjalp til med å hente litteratur på Diakonhjemmets bibliotek. Tusen takk til min fire flotte barn: Sindre, Arja, Martin og Espen som har fulgt med fra sidelinjen og i huset med oppmuntrende kommentarer. Til slutt takk til min kjære mann, Hans for støtte og kjærlighet, både med dette og andre prosjekter i livet!

Stavanger 29.05.2015

Maren Løvås

Sammendrag

I denne oppgaven har jeg belyst følgende problemstilling: Spe og småbarn født av rusmiddelavhengige kvinner; Kan bruk av kartleggingsinstrumenter sikre en trygg start på mor – barn relasjonen?

Jeg tar for meg situasjonen for spe- og småbarn som er med sine rusavhengige mødre i behandling på rusinstitusjon. Det er omfattende forskning på området som fokuserer på mødrenes utfordringer som gode omsorgspersoner når mange selv har en oppvekst med mangelfull omsorg. Jeg ønsket å finne ut om kartleggingsinstrumenter kan være til hjelp for mødre som selv har få gode forbilder og manglende positive minner om omsorg. Det er en litteraturstudie der jeg har studert og analysert kartleggingsinstrumentene: Adult Attachment Interview (AAI), Working Model of the Child Interview (WMCI), The Parent Child Early Relational Assessment (PCERA) og Alarm Distress Baby Scale (ADBB). Del av analysen har også vært å se på forskning om bruken av kartleggingsinstrumentene i forhold til rusavhengige mødre og andre risikogrupper. Forskningsspørsmålene er:

1. På hvilken måte kan kartleggingsinstrumenter være nyttige redskaper i samspillsveiledning av rusavhengige mødre på rusinstitusjon?
2. Er spedbarnets utvikling i trygge hender på institusjon?
3. Er det rom for kartleggingsinstrumenter i et systemisk perspektiv?

I analysen har jeg brukt en kvalitativ metaanalyse basert på en analyseprosess i syv punkter som Malterud presenterer i sin bok (Malterud, 2013) og som er basert på Noblitt og Hares analysemetode (Noblitt & Hare, 1988).

Funnene mine er at kartleggingsinstrumenter kan fungere som hjelpemidler i en terapeutisk praksis der målet er å øke foreldres mulighet til å forstå seg selv og barnet sitt bedre. Jeg har ved å kunne gå i dybden på teorigrunnlaget som ligger til grunn for instrumentene kunnet argumentert for at de også kan brukes som redskaper i en systemisk praksis. Barnets sårbarhet i behandlingsinstitusjonen og i tidsrommet etter behandlingen er blitt tydelig gjennom denne studien.

Innhold

Innledning.....	5
Bakgrunn for valg av tema	6
Oppgavens inndeling og begrepsavklaringer	7
Problemstillingens relevans for familierapiens fagfelt og praksisfelt	8
Kommunikasjon	9
Flere teoretiske perspektiver	12
Barn av rusmiddelmisbrukere.	12
Psykisk og fysisk helse og rusbruk	13
Rusmiddelavhengige mødres evne til omsorg	14
Evne til mentalisering og omsorg.....	15
Barn skadet av rus i svangerskapet.	15
Barn med abstinenser	16
Lovverket og behandlingstilbudet.....	17
Det sosiale spebarnet:.....	18
Sped- og småbarn sine behov for affektintoning	20
Tilknytning	21
Transaksjonsmodell.....	23
Metode.....	25
Vitenskapsteoretisk ståsted.	25
Metodevalg.....	26
Mixed methods.....	26
Analyse.....	28
Kvalitativ metaanalyse- Hva kan de ulike studiene til sammen fortelle oss?	28
Komme i gang, formulere problemstilling og søkestrategi, gjennomføre søk.....	28
Beslutte hva som er relevant i forhold til problemstillingen	29
Litteraturgjennomgang	30

Fellestrekk og sammenhenger	43
Instrumenter og studier sammenlignet og oversatt til hverandre	47
Sammenfatning.....	59
Drøfting	60
På hvilken måte kan kartleggingsinstrumenter være nyttige redskaper i veiledning av rusavhengige mødre på rusinstitusjon?	60
På hvilken måte kan AAI være et nyttig redskap i veiledningen	62
Små astronauter	63
På hvilken måte kan PCERA være et nyttig redskap i veiledningen?	65
Er spedbarnets utvikling i trygge hender på institusjon?	67
Er det rom for kartleggingsinstrumenter i et systemiske perspektiv?.....	69
Flergenerasjons og narrativt perspektiv	70
Oppsummering	73
Begrensninger.....	73
Hva har jeg lært	73
Dilemmaet og implikasjoner for videre forskning.	74
Litteratur.....	76

Innledning

«Barndommen varer i generasjoner», er tittelen på en av Kari Killen sine bøker (Killen, 2000). Hun mener med dette at foreldres barndomserfaringer kan overføres til neste generasjon på godt og vondt. Denne studien av kartleggingsinstrumenter og forskningen knyttet til dem har gitt meg mer innsikt i nettopp denne sammenhengen. Foreldre som har opplevd gode omsorgsbetingelser, med foreldre som kan glede seg i samspillet med barnet og er opptatt av å forstå og møte barnets signaler, vil i stor grad gjøre det samme med egne barn. Hovedtyngden av rusmiddelavhengige mødre har ikke opplevd den gode dialogen med sine foreldre. I stedet har mange opplevd at deres følelser og opplevelser ikke er viktige. Det er de voksnes følelser og behov som er viktigst. Med en bagasje fylt av vanskelige minner, lav selvfølelse og i noen tilfeller en diagnose er utfordringen stor for en nybakt mor. Barnet er sårbart og det står i fare for å ikke bli forstått. Det er vanskelig for mor både å forstå og ta inn over seg signaler man kanskje har brukt et liv på til å undertrykke. Det kreves kloke og omsorgsfulle voksne mennesker til å veilede og støtte mor i denne prosessen. Barnet trenger at dets språk blir oversatt og tolket til et forståelig språk for mor.

Et av de viktigste begrepene innenfor familieterapi er ordet relasjon. Man er opptatt av å analysere og forstå relasjonen mellom terapeut og klient og mellom familiemedlemmer. I denne masteroppgaven har jeg hovedfokus på relasjonen mor- barn. Jeg valgte en litteraturstudie. Det var fordi jeg ønsket å gå nærmere inn på bruken av kartleggingsinstrumenter i rusinstitusjoner som tar imot mødre og deres sped- og småbarn til behandling. Hvordan kan man sikre at disse sårbare barna får den omsorgen de trenger og kan bruken av kartleggingsinstrumenter sikre disse barna en trygg start? Kan disse også gi mødrene som ofte selv kommer fra vanskelige omsorgsbetingelser en mulighet til å forstå hva det er barnet trenger og å forstå hva barnets signaler betyr?

Jeg ønsker å gjøre en analyse av kartleggingsinstrumenter som kan brukes av terapeuter som arbeider med mor og barn mens de er innlagt. Spørsmålet er da om kartleggingsinstrumenter er nyttige redskaper for mor og barn? Kan mor ved hjelp av disse oppleve at hun mestrer omsorgsrollen bedre og lærer å se og tolke sitt barns signaler? For barnet er målet at det er i fokus og at dets behov ikke blir satt på vent fordi mor er til behandling for et rusproblem. Flere rusinstitusjoner har i dag et tilbud til rusavhengige mødre med nyfødte barn. Det er et stort offentlig ansvar å tilse at disse barna får god nok omsorg i den perioden de er innlagt med sine mødre.

Min problemstilling er: Spe og småbarn født av rusmiddelavhengige kvinner; Kan bruk av kartleggingsinstrumenter sikre en trygg start på mor – barn relasjonen?

Forskningsspørsmål:

1. På hvilken måte kan kartleggingsinstrumenter være nyttige redskaper i samspillsveiledning av rusavhengige mødre på rusinstitusjon?
2. Er spedbarnets utvikling i trygge hender på institusjon?
3. Er det rom for kartleggingsinstrumenter i et systemisk perspektiv?

Bakgrunn for valg av tema

Selv har jeg også alltid vært opptatt av relasjoner og samspill. Som barnevernspedagog i «bunn» har relasjoner alltid hatt mitt fokus i alle jobbsammenhenger jeg har vært i. I flere år veiledet jeg vanskeligstilte familier i Barne- ungdoms og familieetaten (Bufetat).

Rusproblematikk var et av problemområdene i noen familier. Også her var hoved tyngden i arbeidet mødre og fedre med vanskelige barndomserfaringer, flere med traumatiske minner som påvirket deres samspill med egne barn. Som Marte Meo terapeut kunne jeg bruke film som virkemiddel til å øke foreldrenes forståelse for barnas signaler. Da man i denne terapien alltid har fokus på det som virker, det foreldre gjør som fremmer barnets ønskede atferd, opplevde mange foreldre denne terapiformen som noe nytt som hjalp dem å bli bedre kjent med sitt barn og det barnet trengte fra dem. Etter hvert fikk jeg også opplæring i et av kartleggingsinstrumentene jeg presenterer her: Parent Child Relational Assessment (PCERA). Dette opplevde jeg som et nyttig bidrag i veiledningen da man enda tydeligere kunne sette ord på hva barnet trengte og hvilke områder i samspillet foreldrene burde utvikle eller forsterke. Kartleggingsmetoden ga meg og noen tanker om at det som kom fram ved hjelp av dem, ville jeg ikke sett så tydelig uten denne måten å systematisere og oppsummere på.

For tiden jobber jeg på Rogaland A- senter. Jeg startet på Kompetansesenter rus og ble spurt om å gjøre en studie i forhold til gravide rusmisbrukere og deres barn. Den gang søkte A-senteret om midler fra Helse Stavanger om å få utvide tilbudet de hadde for gravide til også å gjelde mødre og fedre etter fødsel. Høsten 2014 ble søknaden innvilget og avdeling for gravide og småbarnsfamilier startet opp februar i år og jeg har en 60% stilling her.

Det var naturlig for meg å ha samspill som tema for denne masteroppgaven. På veien til problemstillingen leste jeg en del om forskning på samspill mellom rusavhengige mødre og deres barn. Her dukket Siqveland sin forskning opp (Torill Sundet Siqveland, 2012) og jeg oppdaget at hun hadde brukt PCERA i sin forskning. Funnene hennes gjorde meg urolig. Det kunne se ut som om samspillskvaliteten ble dårligere for de rusavhengige mødrene innlagt på rusinstitusjon. Siden jeg nå selv arbeider med denne gruppen mødre og sped- og småbarna deres har jeg tenkt at det er betydningsfylt at veiledningen virker og at det er en faktisk hjelp til endring som tilbys mor og barn. Dette er viktig for mor, men ikke minst for barnet som er sårbart og står i starten av livet. Barnet kan for mor være starten på å bryte et mønster av utrygghet og manglende sensitivitet. Siden kartleggingsinstrumenter gir noen svar på hvilke styrker og svakheter en ser i forholdet mellom mor og barn var jeg nysgjerrig på å studere kartleggingsinstrumenter for å forstå hva de kan bidra med og på hvilken måte de kan være til nytte i dette viktige arbeidet. For å fordype meg i dette ønsket jeg å gjøre en litteraturstudie, basert på forskningen som er gjort på de ulike instrumentene. Jeg tok med det ene kartleggingsinstrumentet jeg kjenner fra før. De andre kjente jeg litt til, men det har vært nytt stoff å sette seg inn i forskningen omkring alle instrumentene.

Tittelen: «**De viktige små**» er hentet fra Haugesund som har hatt et prosjekt BUP i samarbeid med kommunen, med fokus på de aller minste. Helsestasjon, Bup og andre etater har deltatt i opplæring i ADBB, et av Kartleggingsverktøyene jeg presenterer.

Oppgavens inndeling og begrepsavklaringer

I innledningen presenteres problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg presenterer også bakgrunn for valg av tema. Så tar jeg for meg problemstillingens relevans for familierapiens fagfelt og praksisfelt. I teorikapitlet presenteres forskning knyttet til det å vokse opp i en familie med rusproblematikk, lovverket som omfatter barnet, og barnets behov for omsorg og beskyttelse av sinne foreldre. Utviklingspsykologi og teori om tilknytning som ligger til grunn for kartleggingsinstrumentene presenteres også. Siden barnet er avhengig av sine omsorgspersoner for å få god nok omsorg presenterer jeg forskning som viser utfordringene de rusavhengige mødrene har. I metodekapitlet presenteres valg av metode. Jeg har så et omfattende analysekapitel. Det viser noe om den omfattende forskningen som ligger til grunn for instrumentene. I drøftingen tar jeg for meg forskningsspørsmålene sett i lys av analyse og teori. Til slutt har jeg en oppsummering med implikasjoner for videre forskning.

Jeg har i oppgaven valgt å ikke komme inn på barneverntjenestens oppgave og ansvarsområder. De fleste kvinnene har kontakt med barnevernet mens de er innlagt, og det er en viktig samarbeidspartner, men denne oppgaven har et annet fokus.

Det er nødvendig med noen begrepsavklaringer. Begrepet **rusavhengige mødre** er et av dem. Mødre som legges inn på rusinstitusjon enten ved tvang eller frivillig er den gruppen jeg tenker på når jeg beskriver rusavhengige mødre. Mødrene blir i dag avrust i graviditeten og har vanligvis ikke et aktivt rusmisbruk når barnet fødes. De tilbys et behandlingsopplegg for seg og sitt barn etter fødsel. Det er et frivillig behandlingstilbud og det er denne gruppen rusavhengige mødre jeg beskriver. De har ikke lenger et aktivt misbruk, men på grunn av sin avhengighet til stoffet blir de beskrevet som rusavhengige. Mange institusjoner har i dag også et tilbud til barnets fedre. Noen fedre tar imot tilbudet, men de er ofte ikke involvert i behandlingen på grunn av vanskelig forhold til mor, eget aktivt misbruk eller av andre grunner. De vil kunne være en viktig del av barnets liv, men på grunn av avgrensing av oppgaven har jeg valgt å fokusere på mødrene. Dette fordi det som oftest er mødrene som har omsorgen for barna i relasjoner der en ser avhengighet hos begge foreldre. Fedrene blir ignorert både i behandling og forskning hevder (Söderström).

Kartleggingsinstrumenter er også et ord som bør avklares. Å kartlegge betyr å samle inn systematisk informasjon om et emne. Kartleggingsinstrumenter er utviklet for å systematisere den informasjonen man ønsker å samle inn. Det finnes mange måter å kartlegge på og mye man kan kartlegge. I denne oppgaven vil jeg ha fokus på kartleggingsinstrumenter som er aktuelle til bruk i arbeidet med barn av foreldre med psykiske forstyrrelser og/eller stoff-/alkoholrelaterte problemer.

Problemstillingens relevans for familieterapiens fagfelt og praksisfelt

Språket er nøkkelen til kommunikasjon. At familieterapeuten skal kunne tilby hjelp til foreldre og barn på rusinstitusjon er avhengig av at de forstår hverandre. Det er viktig at mor forstår hva terapeuten mener når hun/ han snakker om et godt samspill. Det er ikke sikkert at terapeut og foreldre legger det samme i begrepene. Å forstå spebarnet er en enda større utfordring både for foreldre og terapeut. I følge Gadamer er all forståelse fortolkning (Jensen & Ulleberg, 2011). I følge Goolishian er terapeutens rolle: «som en konversasjonens mester- en arkitekt for en dialogisk prosess, hvis ekspertise er å skape rom for og fremme en samtale

preget av dialog» (Goolishian og Anderson 1988, i (Hårtveit & Jensen, 2004), s.188). Hvordan kan man da skape en meningsfull dialog mellom terapeut og foreldre og mellom foreldre og barn? Skal man oppnå ny forståelse og ny handling er det mulig at terapeuten må ta i bruk andre virkemidler. Tom Andersen mente at når to mennesker snakket sammen forgikk det tre samtaler samtidig. Den ytre samtalen mellom to mennesker en bare en av dem. Den enkelte har i tillegg en samtale med seg selv, en indre samtale. Jeg tenker at de indre arbeidsmodellene jeg vil presentere i mitt materiale representerer en slik indre samtale, og den er like viktig som den ytre samtalen. «Hva ser du når du ser inn i det ordet»? spurte Tom Andersen. Et spennende spørsmål, som kan utfordre og gi hjelp til å tenke og handle på nye måter (referert i (Hårtveit & Jensen, 2004), s. 86).

Kommunikasjon

Skal en sette dette inn i en familierapeutisk ramme, er det spennende å tenke på bruken av kartleggingsinstrumenter som nivåer av kommunikasjon. Bateson (2005) hevder at det er to nivåer av kommunikasjon. Det er det digitale og det analoge. Det digitale er knyttet til innholdet i kommunikasjonen, språket. Digital kommunikasjon er det entydige i kommunikasjonen: enkeltord, tegn og symbolske handlinger. Tegnene eller ordene må læres og forstås ikke umiddelbart. Tegnene i kommunikasjonen er knyttet til innholdssiden i kommunikasjonen og er rasjonell eller logisk» (Jensen & Ulleberg, 2011)

Den analoge kommunikasjonen handler om kroppsspråk, tonefall, ansiktsuttrykk og kroppsholdning (Jensen, 2009). For et spebarn er den analoge kommunikasjonen den viktigste. Innholdet i ordene foreldrene bruker har ikke så stor betydning, men tonefallet og ansiktsuttrykket til foreldrene er helt avgjørende. Skal man forstå et spebarns signaler må man som foreldre ha gode analoge kunnskaper, man må kunne ha evne både til å se barnets analoge signaler, men også å kunne tolke dem.

Begrepet meta kommunikasjon vil her være naturlig å bruke. Jensen beskriver meta kommunikasjon som et budskap som er overordnet andre budskap. Noe ganger er det digitale budskapet meta, andre ganger er det det analoge (Jensen & Ulleberg, 2011). Dersom omsorgspersonen sier til barnet at det er greit å vise følelser, men skyver barnet fra seg med en sint stemme når det gråter og er lei seg, så meta kommuniserer den voksne at det ikke er greit å vise at man er lei seg.

Ut ifra denne type forståelse av kommunikasjon kan man forstå kartleggingsinstrumenter som en måte å kode foreldre og barns kommunikasjon på. I de kartleggingsinstrumentene jeg presenterer, fokuseres det både på den digitale og den analoge kommunikasjonen mellom foreldre og barn. I tillegg kan man se på kartleggingsinstrumenter som en måte å prøve å forstå og avdekke metanivået i kommunikasjonen.

Double bind hypotesen til Bateson kan her være interessant å utforske (Jensen, 2009). Double bind innebærer at man kommuniserer på en måte som er selvmotsigende og som setter den som utsettes for denne type kommunikasjon i en umulig situasjon. Foreldre som utsetter barn for en slik type kommunikasjon vil da for eksempel gi barnet et digitalt budskap med ord, men kroppsspråket vil gi uttrykk for noe helt annet, som i eksempelet over. Dersom den som utsettes for denne typen kommunikasjon ikke har mulighet til å velge mellom de to budskapene fordi det ligger en straff i å velge ett av dem, og man er helt avhengig av personen som sender et slikt budskap, vil man være fanget og oppleve forvirring og frustrasjon.

Bateson og Palo Alto gruppens teori var at denne type kommunikasjon var forklaringen på schizofreni. Senere har Palo Alto gått bort fra denne forklaringen i forhold til schizofreni, men i familieterapi er man fremdeles opptatt av at motstridende budskaper skaper forvirring og frustrasjon, og at det ofte er ubevisst hos den som sender motstridende signaler. I begrepet indre arbeidsmodeller som jeg vil komme inn på i analysen ligger det muligheter for motstridende budskaper hos foreldre som har utrygg eller desorganisert tilknytning. Jensen ((Jensen, 2009) hevder at barn fordi de er avhengige av foreldrene ikke er i stand til å flykte fra en slik kommunikasjon. Det jeg senere vil presentere om barns tilbaketrekkingssatferd er en måte å flykte fra en motstridende og skremmende kommunikasjon på, som barnet utsettes for over tid.

Kommunikasjon mellom barn og foreldre er det sentrale i denne oppgaven. Jeg ser det inn i en sosialkonstruktivistisk forståelse: «Vi kommuniserer derfor er vi» ifølge Gergen (i (Jensen, 2009) s.61). «Meningsfullt språk er et produkt av innbyrdes sosial avhengighet. Det krever minst to personers samordnede handlinger, og før det er innbyrdes enighet om at ord er meningsfulle, kan man ikke si at ordene utgjør et språk» (Gergen 1997, referert i (Jensen & Ulleberg, 2011) s. 84).

Det er ytterst viktig både for barnet å bli forstått med sine signaler og sitt språk og for mor å klare å forstå barnet sitt, å se at barnet kommuniserer noe meningsfullt.

Det er interessant at Batesons datter Mary Cathrine Bateson som skrev boka *Angels fear* sammen med sin far og som avsluttet den etter hans død (Bateson & Bateson, 1987) også er kjent for å studere filmopptak av samspill mellom nyfødte barn og deres mødre (Røed, 2010). Hun studerte spedbarnets kommunikasjon med sine mødre, noe hun kalte protosamtale – barnets første samtale, som kom til uttrykk allerede en måned etter fødsel. Det var ikke en verbal samtale, men den hadde samtalens mønster ved at den var gjensidig og umiddelbar, med andre ord en samtale med mer analoge uttrykk enn digitale. Det sentrale med samtalen var turtakingsmønsteret som var grunnen til at det kunne kalles en samtale og filmopptakene viste tydelig denne dialogen mellom mor og barn.

Mary Cathrine Bateson (2005:7) hevdet: «Selv med det aktuelle fremskritt innenfor kaos- og kompleksitetsteori er vi stadig ikke så gode å tenke i samspill som til å tenke i størrelser, ting» (Jensen & Ulleberg, 2011) s.95. Senere har andre forskere gått videre på Batesons teori om samtale og turtaking, og man finner den igjen i tilknytningsteori og kartleggingsinstrumentene jeg vil presentere.

Flere teoretiske perspektiver

Barn av rusmiddelmisbrukere.

Antallet barn i Norge som lever med foreldre med rusmiddelproblematikk er vanskelig å fastslå, da det er store mørketall. I følge en Sirus rapport er antallet mellom 50 000- 150 000 barn som har foreldre med alkoholmisbruk. (Rossow, Moan, & Henrik, 2009). I følge Folkehelseinstituttet lever omkring 135 000 barn med foreldre med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk og 90 000 barn har foreldre som misbruker alkohol ifølge denne rapporten. (Torvik & Rognmo, 2011).

Barn av rusmiddelmisbrukere er sårbare barn. De utgjør en risikogruppe både fordi noen utsettes for rusmidler i svangerskapet, og fordi mange av dem vokser opp i et miljø preget av utrygghet og omsorgssvikt. Mye forskning foreligger på området. Noe av denne forskningen viser til at barn som vokser opp i familier med rusproblemer har flere fysiske og psykiske helseproblemer enn andre barn. Flere har også skoleproblemer og atferdsvansker. Disse barna er også utsatt for flere ulykker. De er i risiko for å utsettes for vold, seksuelle overgrep og annen type alvorlig omsorgssvikt. (Moos og Billings, 1982 i (Killen & May, 2003).

Disse barna vil som voksne ha flere helseproblemer, de har oftere psykiske problemer og rusmiddelproblemer og kriminalitet. (Lauritzen & Waal, 2011). Mange foreldre i rusinstitusjoner har selv opplevd rusmisbruk i familien som barn. Lauritzen (Lauritzen, Waal, Amundsen, & Arner, 1997) gjorde en undersøkelse av stoffmisbrukere i behandling. De fant at av disse hadde 50% en familiebakgrunn der foreldrene hadde et alvorlig alkoholmisbruk. En tredjedel av rusmisbrukerne hadde under oppveksten vært under omsorg av andre enn foreldrene, de fleste av dem på barnehjem eller institusjon. Nesten halvparten opplyste at de hadde vært utsatt for fysisk vold i barndommen. I folkehelseinstituttets rapport angis det en 2,3 ganger forhøyet risiko for å utvikle psykiske vansker, og noe over en fordobling av risiko for selv å utvikle rusproblemer dersom man har en forelder som er rusmisbruker. Når en ser på hele befolkningen under ett anslås det i samme rapport at mellom 2% og 11% av barn og unges psykiske lidelser og barnevernstiltak kan tilskrives foreldres alkoholmisbruk (Torvik & Rognmo, 2011).

Flere voksne barn av psykisk syke og rusmisbrukene foreldre har de siste ti år stått fram med sine historier om manglende hjelp og støtte i det offentlige hjelpeapparatet. De har kunnet fortelle at de til og med når foreldrene ble innlagt i rusinstitusjon eller sykehus har blitt

overlatt til seg selv og ikke fått hjelp. På bakgrunn av slike historier har man i Norge fått et økt fokus på barn som pårørende til foreldre med rusmiddelmisbruk. Endringene i Helsepersonelloven som trådte i kraft 1. januar 2010 har som formål å sikre at mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade får den oppfølgingen og ivaretagelsen de har behov for. Den har også som formål å identifisere og ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehov mindreårige barn som pårørende har (Helsepersonelloven § 10a).

Psykisk og fysisk helse og rusbruk

Som jeg har nevnt i kapitel om barn av rusmisbrukere har mange rusmisbrukere selv vokst opp i familier med rusproblematikk. Jeg har også vært inne på hvordan et hjemmemiljø med omfattende rusmisbruk påvirker barnet og hvilke konsekvenser det kan ha i voksen alder. I en kartlegging gjennomført av Kompetansesenter rus, region øst (Landheim, Bakken, & Vaglum, 2002) fant man at 85 % av pasientene som var i behandling for rusproblemer i Oppland og Hedmark hadde minst en psykiatrisk lidelse i tillegg til rusproblemet. Kvinnene hadde i større grad depressive tilstander, borderline personlighetsforstyrrelse og posttraumatiske stresslidelser, mens menn hadde mer angstlidelser, var asosiale og hadde kontaktproblemer (schizoide tilstander). I tillegg har mange erfaring med overgrep og misbruk (Lauritzen & Waal, 2011)

Også andre studier av kvinner med rusproblemer viser at de har somatiske og psykisk helse utfordringer. Somatisk helse påvirkes av at de er mer utsatt for infeksjonssykdommer og trenger behandling for disse. I tillegg er de ofte i en sosialt belastet situasjon, ved at de mangler utdanning og arbeid. Forhold til barnefar og/ eller kjærester er ofte konfliktfulle og ustabile. I tillegg har de fleste belastede eller manglende nettverk og boforhold (Torill Sundet Siqueland, 2012).

Wiig (Wiig, Haugland, Halså, & Myra, 2014) har forsket på rusavhengige mødre som har erfart rusmisbruk i sin egen familie i oppveksten, noen av dem i flere generasjoner. Hun hevder mødrene føler seg ekskludert og satt utenfor samfunnet. Wiig beskriver også en kulturell annerledeshet i den familiedynamikken mødrene har vokst opp med som har gjort tilhørighet vanskelig. Rusmiddelmisbruket hadde gitt disse mødrene en tilhørighet som de ikke følte ellers i samfunnet (ibid).

Rusmiddelavhengige mødres evne til omsorg

Selv om de fleste rusavhengige mødre i dag blir avruset i løpet av svangerskapet og barna i stor grad fødes uten påviste abstinenser, vil rusmisbruket og deres tidligere relasjonserfaringer påvirke deres evne til omsorg for barnet.

Mødres kompliserte relasjonserfaringer og psykiske helse kan ha konsekvenser for deres indre forestillinger om omsorg og om barnets evner og behov. Mødre som selv har erfart manglende sensitivitet i omsorgen synes å ha mer negative forestillinger om barnet og vil i større grad tolke barnets signaler som avvisning (IJzendoorn, 1992; Pajulo et al., 2001), (Torill Sundet Siqveland, 2012). I tillegg viser forskning at kvinner som har vokst opp med foreldre som har en oppdragerstil preget av aggresjon, fiendtlighet og sinne ofte vil ha en tilsvarende måte å oppdra egne barn på (Wiig et al., 2014)

Rusavhengigheten vil ytterligere kunne vanskeliggjøre mødres evne til sensitivitet i omsorgen. Flere studier som omhandler rusavhengige mødres interaksjon med spe- og småbarn viste at mødrene var mindre sensitive i interaksjonen, mindre emosjonelt engasjert, mindre oppmerksomme, mindre snarrådige og kontingente. De opplevde mindre glede i samhandlingen og hadde en mer invaderende adferd i forhold til barnet (Pajulo et al., 2001), (Burns, Chethik, Burns, & Clark, 1997; Torill Sundet Siqveland, 2012).

I en finsk undersøkelse (Pajulo, Suchman, Kalland, & Mayes, 2006) fant en at rusavhengige mødre som var under institusjonsbehandling før og etter fødsel, at de også i rusfri tilstand hadde en svært begrenset evne til å leve seg inn i sitt spebarns situasjon og behov. Annen forskning viser til sammenfallende resultater. Fravær av emosjonell støtte og regulering kan påvirke barnets sosiale og kognitive utvikling. Flere har også vist til at mødres sensitivitet og emosjonell tilgjengelighet har stor betydning for senere trygg tilknytning. (Ainsworth, M. C. Blehar, E. Waters, & Wall, 1979) Tilknyttingsmønster som jeg senere vil komme inn på synes å gå i arv fra en generasjon til en annen (Fonagy, Gergely, & Target, 2007).

Heldigvis finnes det også eksempler på mødre som klarer omsorgen for barnet sitt på tross av at de hadde erfart mangelfull omsorg selv. Wiig (Wiig et al., 2014) hevder at de rusavhengige mødrene hun studerte hadde mange tanker om hva de ønsket å unngå at deres barn skulle oppleve. De hadde et sterkt ønske om å gi sitt barn helt andre oppvekstbetingelser, men de trengte hjelp til å finne nye og alternative måter å gjøre dette på.

Evne til mentalisering og omsorg

“The child needs more than food and shelter. It needs access to the parents mind. It needs to be kept in mind as much as it needs a safe place to sleep. Hence, the newborn demands physical and mental space in the caregiving context. It has to be minded, in all meanings of the word: looked after, thought of, and treated as an individual with a mind of its own” (Söderström, 2013) s. 25). Dette sitatet fra Söderström forklarer godt hva mentalisering er. Det innebærer en kapasitet til å leve seg inn i andre menneskers og eget indre mentale liv. Fonagy mener at gode mentaliseringsevner hos foreldre gir gode sensitive omsorgspersoner og gode regulerings ferdigheter. Det gjør også at foreldrene er psykologisk og emosjonelt tilgjengelige for barnet. Dette fører igjen til trygg tilknytning hos barnet noe som igjen gjør barna til gode omsorgspersoner med evne til mentalisering (Fonagy, Steele, & Steele, 1991).

Allerede i svangerskapet er evnen til mentalisering viktig. Evnen til å sette seg inn i, tenke om og fantasere om det ufødte barnet. Brøden (1989) hevder at svangerskapet ikke bare har som mål å produsere et barn, men også å skape en psykologisk mor eller far (Söderström, 2013). At foreldre har evne til mentalisering i svangerskapet har vist seg å ha innvirkning på kvaliteten på foreldre – barn relasjonen når barnet fødes. Reduserte mentaliseringsevner kan ha innvirkning på mors evne til å være følelsesmessig tilgjengelig og speilende i interaksjonene med spebarnet som i sin tur kan forstyrre barnets evne til affektive uttrykk som igjen kan føre til tilbaketrekkingssadferd (Field et al., 1998; Pajulo et al., 2001).

Foreldrene i Söderstrøms materiale kjennetegnes av manglende omsorg. Flores (2001) ser på sårbarhet i selvet som en utviklingsforstyrrelse og tidlig skade som fører til lite effektive tilknytningsstiler. På en annen måte kan det forklares med at de går inn i foreldreskapet med sin egen utrygge tilknytning. Utrygg tilknytning indikerer tilstand og følelsesregulering som hindrer individuelle mestringsstrategier (Flores, 2001).

Barn skadet av rus i svangerskapet.

Rusmisbruk i svangerskapet utgjør et omfattende helseproblem både i Norge og internasjonalt. Forskning viser at alkohol og stoffmisbruk hos gravide kvinner har alvorlige negative konsekvenser for fosterets utvikling både kroppslig og på sentralnervesystemet. Bruk av rusmidler øker risikoen for at barnet dør eller tar skade. Alkohol er det rusmiddelet som gir de mest omfattende skadene på fosteret. Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) - på norsk føtalt alkohol spekter forstyrrelse er en samlebetegnelse på de skadene barnet påføres som

følge av mors alkoholbruk i svangerskapet. FASD innebærer medfødt hjerneskade og andre fysiske skader. Den mest alvorlige formen for skade er Føtalt Alkohol Syndrom (FAS). Internasjonale anslås det at mellom 0,5 -2 pr. 1000 levendefødte barn fødes med FAS (Moe, Slinning, & Siqveland, 2010). I en dansk undersøkelse fant de en forekomst på 1,3 per 1000 fødsler. FASD antas å ha prevalens tre ganger høyere. (Olofsson & Lindemann, 2003). Mange barn blir ikke diagnostisert. Skadene en ser på barna med FAS er skade på sentralnervesystemet som medfører blant annet hjerneskade, skade på alle organer, vekstretardasjon, og spesielle ansiktstrekk. Ved FASD er skadeomfanget mindre, men utfordringene barnet møter i hverdagen kan være like store. Psykiske vansker er vanlig hos barn med FASD og FAS. Elgen(2007) fant at 89 % av barn med FASD også oppfylte diagnosekriteriene for ADHD (Skranes & Løhaugen, 2013).

En vet ikke hvor mange barn som fødes med rusmiddel eller legemiddelrelatert skade i Norge. Det er vanskelig å avdekke disse da det ikke er sikkert at skaden oppdages ved fødsel. Hjerneskader oppdages ofte seinere, og de kan gi seg utslag i kognitiv fungering, verbal forståelse, sosiale eller relasjonelle ferdigheter og regulering av følelser. (NOU, 2012).

Forskning omkring mors misbruk av illegale rusmidler i svangerskapet viser at det er fare for spontanabort, morkakeløsning og for tidlig fødsel, lav fødselsvekt, lav gestasjonsalder og redusert hodeomkrets hos den nyfødte (Moe og Slinning 2002). Pr. 1.1.2011 var det født 300 barn av mødre som får legemiddelassistert behandling (LAR) med metadon eller buprenorfin i svangerskapet. Man regner med at det fødes 30 til 60 barn per år av kvinner som er i LAR. Like mange eller flere barn fødes av gravide som har brukt illegale opiater og andre medikamenter (Helsedirektoratet, 2011; Moe et al., 2010). Omtrent 60% av LAR barna ble født med Neonatalt Abstinens Syndrom (NAS).

Barn med abstinenser

Bruk av opioider (heroin, metadon eller subutex) i svangerskapet fører ofte til alvorlige abstinens- og reguleringsvansker hos barnet ved fødsel. Nyfødte barn utsatt for opiater i svangerskapet står i større fare for vise tilbaketrekkingssatferd. NAS kjennetegnes med hypersensitivitet overfor lyd, lys og berøring. Det er viktig at barnet opplever et skjermet miljø. Den første abstinensbehandlingen foregår for de fleste barna på nyfødtintensiv-avdeling og består av en kombinasjon av farmakologisk behandling og tilrettelegging av miljøet. Det abstinente spebarnet vil streve med uro, dårlig søvn, høyfrekvent gråt og

problemer med å ta til seg næring. De alvorlige symptomene på NAS vil svekkes i løpet av spebarnets første måneder. Moe og Slinning undersøkte 78 barn som var utsatt for blandingsmisbruk med heroin som hovedstoff i svangerskapet. En stor del av disse barna ble født med NAS. Forskerne fant at disse barna også senere strevde med reguleringsforstyrrelser og oppmerksomhetsvansker. Ved 4 ½ års alder skåret barna lavere enn kontrollgruppen når det gjaldt mental og motorisk utvikling til tross for at de fleste var plassert i spesielt tilrettelagte fosterhjem. Barna hadde også lavere visuomotoriske og perseptuelle ferdigheter. Barna hadde også i større grad kognitive vansker, sosiale- og atferdsproblemer. (Moe et al., 2010)

Flere forskere påpeker at barn som er rusutsatt i svangerskapet og fødes med abstinens generelt er vanskelige å gi omsorg. For rusavhengige mødre er det ekstra utfordrende da mødrene og deres rusutsatte barn utgjør vanskelig regulerbare partnere for hverandre (Beeghly & Tronick, 1994). Rusavhengige mødre har vanligvis en redusert kapasitet til å lese barnets signaler og barnet har gjerne en nedsatt evne til selvregulering. Kombinasjonen kan lett føre til viciøse negative sirkler som forårsaker tilbaketrekking og større risiko for omsorgssvikt og overgrep. (Kalland 2001, referert i (Pajulo et al., 2006))

En ny forskningsartikkel fra RBUP Øst og Sør har noen optimistiske funn i denne sammenhengen. Kristin Haabrekke (2014) studert mødre innlagt på rusinstitusjon i graviditeten i perioden 2004 og 2008, der de har fått hjelp til avrusning og profesjonelt tilrettelagt oppfølging. Ingen av disse barna ble født med NAS. Barna ble født til termin, de hadde normal hodeomkrets og vekt. Sammenlignet med barn født av rusavhengige mødre på 90 tallet er dette et stort framskritt. Studien forteller også at profesjonell oppfølging i svangerskapet virker. (Haabrekke 2014, (Ertresvaag, 2014)).

Lovverket og behandlingstilbudet.

1. januar 1996 trådte lovhjemmelen i kraft som ga anledning til å tilbakeholde gravide rusmiddel misbrukende kvinner i institusjon mot deres vilje. I lov om sosiale tjenester (LOST) § 6-2 a gis det adgang til at gravide rusmiddelmisbrukere kan tas inn i institusjon eller holdes tilbake uten eget samtykke. Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.

Etter overnevnte lovendringen har en fått flere institusjoner i Norge hvor gravide rusmisbrukere kan innlegges til behandling både på tvang og frivillig. På noen av disse behandlingsinstitusjonene har en også et tilbud til mødre (foreldre) og barn etter at barnet er født. På Borgestadklinikken kan mødre i dag få oppfølging på institusjonen ett år etter at barnet er født. Gjennom denne lovendringen har en i større grad hatt mulighet til å følge opp mødre i svangerskapet, følge med hvordan de utvikler sitt forhold til barnet de bærer på, og å følge med barnets utvikling det første leveåret (Wiig & Myrholt, 2012)

En rapport fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) (Solbakken, Lauritzen, & Lund, 2005) konkluderte med et omfattende behov for tiltak når det gjaldt å heve kompetansen ved institusjonene når det gjaldt utredning og behandling av rusavhengige foreldre og deres barn. Spesielt var det stort behov for å heve kompetansen i forhold til foreldre- barn samspill, tilknytning og barns behov. På bakgrunn av rapporten finansierte helsedirektoratet et opplærings og utviklingsprosjekt som ble gjennomført på Borgestadklinikken. Forsker og forfatter Kari Killen hadde ansvar for opplærings- og utviklingsprosjektet som ble gjennomført i 2007 til 2010. Ansatte fra Borgestadklinikken og flere andre rusinstitusjoner og foreldre- barn senter deltok. I dette metodeutviklingsprosjektet ble det blant annet gitt opplæring i bruk av kartleggingsinstrumentene Adult Attachment Interview (AAI) og Internal Working Model of the Child (WMCI). Disse to kartleggingsinstrumentene har jeg valgt å bruke i min analyse (Killen, 2011).

Det sosiale spebarnet:

Barnet er sosialt fra fødselen av. Nyere spebarns forskning viser at barnet er født med evne til samspill og sosial kontakt (Bråten 1998). Barnet er imidlertid avhengig av å bli møtt av sensitive voksne som kan respondere på dets signaler og omsorgsbehov (M. B. Hansen & Jacobsen, 2008).

Studier av spebarns samhandling med omsorgsgiver viste at mor og spebarn som har en ansikt til ansikt dialog deltar i en protodialog. Dette beskrev som nevnt Mary Cathrine Bateson i 1975. Senere har andre forskere gått videre på disse studiene. I denne dialogen blir begges følelser og adferd regulert i en synkronisert rytme i kommunikasjonen (Brazelton, Tronick, Adamson, Als, & Wise, 1975). Denne kommunikasjonen betegnes som ekstralingvistiske kommunikasjonsuttrykk. Disse kommunikasjonsuttrykkene består av ansiktsuttrykk, hånd og

armbevegelser, og lyder. Allerede fra to-måneders alder kan spebarnet differensiere mellom kvalitative endringer i samspillet med omsorgsgiver. Spebarnet er mindre interessert i å være i dialog med omsorgsgiver dersom det ikke har det optimalt (Braarud, 2010).

Små barns evne til å knytte sosial kontakt og opprettholde denne med sine nære omsorgsgivere og senere andre personer er helt avgjørende for den sosiale og emosjonelle utviklingen hos barnet. Grunnlaget for denne evnen legges tidlig i barnets liv, allerede i de første levemånedene starter utviklingen av tilknytning til nære personer og sosial kompetanse kan utvikles. Kvaliteten på det tidlige samspillet mellom spebarnet og deres nære omsorgspersoner er av stor betydning for både psykososial og kognitiv utvikling.

Tronick (2012) sitt «**still face**» **eksperimentet**, som man finner filmer av på YouTube er et godt eksempel på hvor viktig kvaliteten på dette samspillet er og hvor avhengig barnet er av responderende omsorgsgivere. Filmen viser et eksperiment der en mor og hennes seks måneders gamle baby, med et godt fungerende samspill blir filmet mens de har en interaksjon. De har en dialog, med god turtaking, fylt med glede og entusiasme. Mor blir så instruert til å være tom i blikket og se bort. Barnet blir umiddelbart urolig og begynner å gråte. Mor blir så instruert til å se tilbake på barnet men ha et tomt ansikt (still face), ikke gi uttrykk for følelser, ikke respondere til barnet. Når mor ser opp på barnet igjen begynner det umiddelbart å smile og le, men når barnet ikke får respons fra mor begynner det først å forsøke på ulike måter å få mors oppmerksomhet ved å smile, stekke ut armene osv. Dette lykkes ikke og barnet blir urolig og sutrete. Til slutt gir barnet opp og ser bort også tom i blikket. Eksperimentet viser godt både hvordan en baby med erfaring med et godt fungerende samspill reagerer når mor ikke er tilgjengelig. Det er aktivt og det søker å gjenopprette kontakten. Når mor ikke svarer på dette slik barnet har erfaring med, blir det først urolig for så å gi opp å få kontakt. Tronick forklarer dette med at det er skremmende for barnet å oppleve at mor er utilgjengelig og de vil anstrenge seg for å gjenvinne kontakten, men når dette ikke lykkes er det med en følelse av hjelpeløshet og å miste kontroll og da er å gi opp den løsningen barnet har (Tronick)

Sped- og småbarn sine behov for affektintoning

Tidlige erfaringer med en responderende omsorgsgiver strukturerer barnets representasjoner om relasjoner (Stern 2000, 2004) og påvirker deler av barnet hjerne som sørger for barnet sosiale og emosjonelle fungering. Mødrenes emosjonelle tilgjengelighet, støtte og hjelp til regulering har jeg vist til tidligere som avgjørende for barnet. Affektintoning er ifølge Stern en ikke språklig empatisk prosess, der barnets opplevelse og indre følelsetilstand intones av omsorgspersonen. «Jeg forstår din følelse» (Stern 2000, 2004 i (Røed, 2010) s. 125.

At foreldre kan se, lese og tolke barnets signaler danner grunnlaget for at de kan hjelpe barnet med affektregulering og gi utviklingsstøtte. Konsekvenser av manglende utviklingsstøtte og regulering for spe- og småbarn er alvorlige for de barna som opplever dette. Nyere forskning bl. a av (Braarud & Noranger, 2011) viser til betydningen av affektregulering og hvilke konsekvenser det har for små barn som ikke blir regulert: «I en omsorgssituasjon hvor den voksne hjelper barnet å regulere følelsene sine, er sensitiv til dets egen følelsesregulering, og oppmerksomt fortolker og benevner dets indre tilstander, vil barnet gradvis utvikle og internalisere denne evnen selv.»

Kompleks traumatisering involverer som regel en situasjon der omsorgsgiveren grunnleggende sett, og over tid, ikke er inntonet mot barnets behov. Barnet må da trygge/trøste seg selv og selv finne måter å regulere følelsene sine på. Over tid kan dette medføre dysregulering av disse funksjonene, og svekket kontakt med, og manglende språk for, følelser og kroppslige tilstander. Grunnlaget for empatiutvikling vil også være mangelfullt, og barnet vil kunne få uklare indre relasjonsmodeller og representasjoner av seg selv og andre» (Braarud & Noranger, 2011).

Sett ut ifra en slik forståelse vil det ha store konsekvenser for barnets utvikling å erfare manglende speiling. Braarud og Nordanger hevder at konsekvensene kan være komplekse traumer og dysfunksjonell regulering. I tillegg viser nyere forskning at barnets nervesystem og hjerneutvikling kan påvirkes. Barn med slike traumer sliter ofte med vekslning mellom intense affektive tilstander, vansker med å roe seg ned etter sterke affektive opplevelser, langvarig nedstemthet og samtidig hypersensitivitet for affektive stimuli. Typisk er også kroppslig dysregulering gjennom forsinket eller forstyrret motorisk utvikling, søvnforstyrrelser, spise- og fordøyelsesvansker, og hypersensitivitet for lyder og berøring. Relatert til dette ser man ofte manglende bevissthet om (og språk for) følelser og kroppslige tilstander, og manglende forståelse for hvordan en påvirkes av miljøet rundt seg (ibid).

Tilknytning

John Bowlby utviklet teori om tilknytning (John Bowlby, 1973). Han studerte spebarns følelsesmessige reaksjoner på adskillelse. Robertson og Bowlby (Robertson & Bowlby, 1952) beskrev hvordan spebarn som ble skilt fra sine omsorgspersoner reagerte; først med sjokk, deretter protest, så med fortvilelse og til slutt var reaksjonen resignasjon og tilbaketrekning. Også Mary Ainsworth (Ainsworth et al., 1979) er sentral i forskning og teoriutvikling omkring tilknytning. Hun definerer tilknytning slik: «Et emosjonelt bånd som dannes mellom barnet og en spesifikk annen person. Dette båndet binder dem sammen og varer over tid, og kommer til uttrykk i forskjellige former for tilknytningsadferd» (M. B. Hansen & Jacobsen, 2008)s.42

Mary Ainsworth utviklet sammen med kollegaer fremmedsituasjonen. Dette er en 20 minutters testsituasjon der mor og barn er sammen i et rom og barnet blir adskilt fra mor to ganger ved at hun går ut to ganger tre minutter. En annen voksen er tilstede i rommet mens mor er ute. Ut i fra barnets reaksjon på at mor går ut av rommet og med spesielt fokus på barnets reaksjon når det gjenforenes med mor klassifiseres barnets tilknytning i tre grupper: Trygg tilknytning type B, utrygg tilknytning har to ulike uttrykk: Den unnvikende utrygge type A og det ambivalente utrygge type C. Barn med utrygg tilknytning antas å oppleve omsorgspersonen som forutsigbar, men følelsesmessig utilgjengelig i tilfellet A eller uforutsigbar i tilfellet C. Barn med en trygg tilknytning kunne reagere på at mor gikk ut av rommet, men når de ble gjenforenet viste de glede ved å se forelderen og de ble lett trøstet dersom de viste tegn til utrygghet. Barn karakterisert med utrygg- unnvikende tilknytning ga ikke inntrykk av å være stresset ved adskillelsen, og de vil unngå nærhet til omsorgspersonen ved gjenforening. Barn som ble kategorisert med en utrygg-ambivalent tilknytning viste tegn på stress, fortvilelse eller sinne, ubehag når omsorgspersonen forlot rommet. Barnet vil søke omsorgspersonen når de ble gjenforenet, men det ga ikke inntrykk av å bli trøstet og de ville i liten grad la seg trøste av omsorgspersonen og kan virke som de unngikk kontakt (Zachrisson, 2010).

Denne måten å forstå tilknytning på innebærer at barnets tilknytningsatferd har som mål å oppleve seg trygg og beskyttet og de lærer hvordan de må reagere i forhold til viktige omsorgspersoner for å føle seg ivaretatt. På denne måten blir tilknytning et organiserende begrep. Barnets motivasjon er å søke beskyttelse når det er engstelig og redd og barnet har en

målrettet atferd for å oppnå dette. Crittenden (2000) har forklart barnets tilknytningsatferd som «vellykket tilpasning under bestemte betingelser» (Zachrisson, 2010) s.269. Ut ifra en slik tenkning kan en forstå en trygg tilknytning som en tilpasning som er mulig i trygge omgivelser. Utrygg tilknytning kan en da se på som en nødvendig tilpasning ut i fra de betingelsene barnet erfarer og den er også en vellykket tilpasning for den passer til det foreldrene kan gi barnet og det bidrar til å gi barnet en opplevelse av å være tatt vare på og elsket. Dette er igjen en systemisk måte å se på tilknytning på. Crittenden ser på tilknytning som en funksjon og barnets løsning på ulike omsorgsbetingelser, og en utrygg tilknytning er en vellykket tilpasning for et barn som opplever fare eller usikkerhet i sitt oppvekstmiljø (ibid)

Senere har andre forskere funnet en fjerde form den desorganiserte tilknytning (type D) (Marinus H. van IJzendoorn, 1995). Dette er barn som har vært utsatt for overgrep og vanskjøtsel eller andre former for alvorlig omsorgssvikt. En så ikke hos disse barna at de hadde organiserte strategier for å få beskyttelse hos omsorgsgiverne. Disse barna viste en forvirret adferd. De kunne for eksempel fryse i underlige stillinger. Dette ble av forskerne tolket som at barnet opplevde sin tilknytningsfigur som den eneste kilden til trygghet, men også som en alvorlig trussel. Det ble betegnet som «frykt uten mulighet for noen løsning». Dette kan være et tegn på at tilknytningen kollapser dersom barn utsettes for vedvarende og ekstreme påkjenninger (Marinus H. van IJzendoorn, 1995; Zachrisson, 2010).

Barn med en trygg tilknytning har vist seg å klare seg bedre i skole og i sosiale sammenhenger. De har bedre psykisk helse enn de som har en utrygg tilknytning (Brandt & Grenvik, 2010).

Flores (Flores, 2001) hevder at mennesker med en avhengighet utvikler et tilknytnings likt forhold til stoffet. Kaller stoffmisbruket et tilknytningsforhold. Bruker tilknytningsteori for å forklare forholdet til stoffet: en tilknytningsforstyrrelse og et forsøk på å reparere en skade i den psykologiske strukturen s. 61. Pajulo hevder noe lignende: Avhengigheten har kapret / kidnappet tilknytningssystemet til foreldrene. Derfor er det nødvendig at behandlingen av foreldre må ha som mål å gjenopprette foreldrenes tilgjengelighet for barnet på alle nivåer: Nevrobiologisk, psykologisk og relasjonelt. Begge argumenterer for en tilknytningsbasert terapeutisk strategi (Pajulo et al., 2006).

Transaksjonsmodell.

«There is no such a thing as an infant... A baby cannot exist alone, but is essentially part of a relationship» (Winnicott, 1964), side 587.

Dette ofte brukte sitatet av Winnicott beskriver godt at spebarnet er ingen statisk størrelse. De er alle unike og har med sine egenskaper og kvaliteter. Spebarnet kan ikke eksistere alene, men er avhengig av sine omsorgspersoner og andre forhold i sine omgivelser. Dette kan også forstå i lys av Sameroff og Chandlers transaksjonsmodell (Sameroff, 1975). Modellen er blant annet basert på at samspillet mellom barn og foreldre kan beskrives som en toveistrafikk der barnet reagerer på den voksnes atferd og den voksne tilpasser sin atferd etter barnets reaksjon. I følge denne modellen kan et barns utvikling ikke forstås i lys av barnets egenskaper eller av omsorgsbetingelsene alene, men begge deler påvirker hverandre på ulike måter. I

Transaksjonsmodellen ligger et systemperspektiv til grunn som også i familierapeutisk sammenheng er av sentral betydning (Smith, 2010).

Lars Smith beskriver utvikling i lys av transaksjonsmodellen som en aktiv og dynamisk prosess. Et sensitivt responderende omsorgsmiljø handler om å tilpasses barnets behov over tid. For spedbarnet er det riktig omsorg å oppleve at omsorgspersonene gir en riktig oppfatning og reaksjon på dets atferds tilstand. Når barnet er ett år og eldre er foreldre sensitivitet i stor grad det å glede seg sammen med barnet når det eksplorerer og gi trøst når barnet gir inntrykk av å trenge dette (ibid)

Systemperspektivet viser seg også her i at barnets behov forandres over tid og at foreldrene når deres omsorg fungerer optimalt, vil endre sin omsorgsutøvelse ut i fra det de oppfatter som barnets behov på dette tidspunktet. Dette systemperspektivet som Sameroff og Chandlers og Smith viser til passer også godt sammen med det systemperspektivet som familierapi bygger på. I familierapien er tanken at et system er mer enn summen av delene. I en familie må en ha fokus på «samspillet mellom de ulike elementene innen systemet, heller enn på studiet av de enkelte elementene» (Hårtveit & Jensen, 2004). Dersom man bare ser på en del, for eksempel foreldrenes omsorgspraksis, kan den i seg selv muligens virke ok, men den må alltid ses i sammenheng med barnet som er gjenstand for denne omsorgen. Hva trenger dette barnet der og da. Som Smith viser til er det forskjell på hva et nyfødt barn trenger og hva ett barn på ett år trenger. Det er dette kartleggingsinstrumentene kan hjelpe til med. Det kan hjelpe oss å gi en enda bedre beskrivelse av systemet foreldre og barn: Hva er det foreldrene bringer inn i samspillet og hva er barnets svar på dette og hvilke signaler gir barnet tilbake.

Magne Mæhle har argumentert for at en slik relasjonell forståelse av barnets utvikling som i dag er toneangivende i dagens utviklingspsykologi burde legge noen grunnleggende rammer for familierapien som involverer barn. Utviklingspsykologisk kunnskap burde være basiskunnskap for alle familierapeuter hevder han (Mæhle, 2010).

Metode

Vitenskapsteoretisk ståsted.

For å beskrive mitt vitenskapelige ståsted vil jeg ta utgangspunkt i Ludvig von Bertalanffy (1901- 1972) sin beskrivelse av et system, der han sier at et system er mer enn summen av delene. Jeg har vært inne på dette før i beskrivelsen av transaksjonsanalysen. En pluss en er ikke to, men tre (Hårtveit & Jensen, 2004).

Det er ifølge Bertalanffy en gjensidig avhengighet mellom deltakerne som er en del av et system og deltar i et samspill. Påvirkning på en av deltakerne i systemet vil ut i fra en slik forståelse endre systemet og påvirke alle deltakere. Et system kjennetegnes også av at samhandlingen varer over tid og at måten deltakerne samhandler i systemet er annerledes en samhandlingen som foregår utenfor systemet (Jensen, 2009). Man kan ikke forstå en families situasjon ved bare å se på den enkeltes egenskaper, men man må se på kommunikasjonen mellom de enkelte medlemmene.

Mitt vitenskapsteoretiske ståsted er det sosialkonstruktivistiske. Jeg har i kapitlet om kommunikasjon vært inne på Gergen (1997) sin forståelse av kommunikasjon. I en sosialkonstruktivistisk forståelse finnes det ingen virkelighet utenfor språket. Det er i samspillet mellom mennesker språket blir til. I min analyse av kartleggingsinstrumenter og forskningen knytte til disse vil jeg legge vekt på en slik forståelse. Språket er både kartleggingsinstrumentene og de vitenskapelige tekstene som er skrevet om dem. Det er også en forståelse som ligger i bunn om at det for barnet ikke finnes en virkelighet utenfor den det blir introdusert for av sin mor og sine omgivelser. Begrepet dekonstruksjon er også nyttig her i denne sammenhengen. Studiets av foreldres indre arbeidsmodeller vil kunne gi en forklaring på hvordan deres historie om egen oppvekst og om eget barn er bygd opp. Ved å bryte disse opp i mindre biter som en gjør ved dekonstruksjon, vil man kunne oppdage nye og alternative historier. Noe av dette innebærer også å gjøre historiene tykkere, gjøre de om til «thick descriptions» (Geertz 1973). Jeg skal både beskrive tekstene, men også tolke og oversette det som kommer fram. En fenomenologisk forståelsesramme er også en del av dette.

Fenomenologi innebærer at man som forsker er opptatt av å forstå sosiale fenomener og at man forsøker å forstå den dypere meningen i aktørenes perspektiver og erfaringer. «Den virkelige virkeligheten vil være den mennesker oppfatter» (Kvale & Brinkman, 2009) s. 45).

Metodevalg

Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaring» (Thagaard, 2011) s. 38). Utfordringen med dette materialet er at jeg forholder meg til to ulike forskertradisjoner. Selv vil jeg bruke kvalitativ metode i analyse av tekstene om kartleggingsinstrumentene. Kvalitativ metode innebærer at man ser på kvaliteten eller egenskapene, ved de fenomenene en studerer. Den kjennetegnes også ved at en i større grad ønsker å gå i dybden i forhold til fenomenet en studerer. I tillegg vektlegges prosesser, mening og betydning (Thagaard, 2011).

De kartleggingsinstrumentene jeg har valgt ut er utviklet og brukt i kvantitativ forskning. Artiklene jeg referer til der kartleggingsinstrumentene er brukt i forskning er alle basert på kvantitativ analysemetode. I kvantitativ forskningsmetode vektlegges utbredelse og antall. Det innebærer at en med denne metoden kan forske på større grupper mennesker (ibid).

Det interessante med denne kvantitative forskningsmetoden er at det er brukt kvalitativ metode i innhenting av data. I studiene brukes intervjuer med filmopptak eller lydbåndopptak og filmopptak av samspill. Man kan si at det ligger en fenomenologisk forståelse til grunn, da forskerne er opptatt av å fange både den subjektive opplevelsen og den dypere meningen for enkeltpersonen som deltar i denne forskningen. Det er ikke brukt spørreskjema i studiene. Skåringene av intervjuer og samspillsfilm blir gjort av personer som er sertifisert til å gjøre disse vurderingene. Det er likevel store mengder data og analysemetoden er kvantitativ. Vurderingen av instrumentenes validitet og reliabilitet definisjon gjøres ved hjelp av fremmedrom (Ainsworth strange situation), som også er en kvalitativ vurderings metode. Alle kartleggingsinstrumentene er standardiserte. Begrepet validitet omhandler gyldigheten til tolkningene som forskerne er kommet fram til. Stemmer resultatene overens med den virkeligheten og de fenomenene man har studert? Reliabilitet handler om å vurdere om forskningen er pålitelig og om den kan etterprøves om samme metode blir brukt? Mange vil hevde at dette er vanskelig med kvalitative metoder. Det som er viktig er at man er åpen og konkret om framgangsmåten, hvordan man framskaffet data. Det vil jeg forsøke å gjøre her (Thagaard, 2011).

Mixed methods

Malterud beskriver at det er mulig å kombinere metoder. Det kalles «mixed methods». Det forskerne på kartleggingsinstrumentene jeg vil analysere har gjort er at de har kombinert

metoder. Som nevnt, kvalitative metoder i datainnsamling og kvantitative metoder i analyse av data. Det jeg skal gjøre kommer inn under kategorien **teoritriangulering**. Det betyr at man analyserer materialet systematisk og går igjennom det gjentatte ganger med ulike teoretiske utgangspunkt. Det betyr også at man stiller ulike typer spørsmål til materialet ut i fra hvilket faglig ståsted man har (Malterud, 2013).

Systematikk og kritisk refleksjon er grunnlaget for forskning på tvers av metodetradisjoner ifølge Malterud. Refleksivitet handler om å ha en åpenhet i forhold til egen framgangsmåte og de konklusjoner en trekker og vilje til å stille spørsmål til resultatene en har kommet fram til. Et åpent sinn er nødvendig, sammen med tvil og ettertanke kan man støte på konklusjoner som ikke var ventet, men som vil gjøre materiale mer spennende og levende. Til dette forventes også at man er åpen om egen rolle og ståsted. Egen forforståelse og hypoteser bør deles med den som skal lese. For egen del har det betydning i denne analysen at jeg har inngående kjennskap til et av kartleggingsinstrumentene jeg vil analysere. Malterud hevder at nærhet til stoffet noen ganger kan hindre at man kan vurdere og reflektere kritisk (ibid).

Når det gjelder analyseformen mener jeg på bakgrunn av det jeg har presentert overfor at det er mulig å gjøre en kvalitativ analyse av et materiale der det er brukt kvantitativ metode i analysen. I denne analysen vil jeg i stor grad ha fokus på hvordan forskerne tolker det kvalitative materialet det vil si intervjumaterialet og filmene i samspillsekvensene.

Analyse

Kvalitativ metaanalyse- Hva kan de ulike studiene til sammen fortelle oss?

Den analysen jeg har valgt er: systematisk tekstkondensering og fenomenologisk analyse. Det har med hermeneutikk å gjøre: Hermeneutikk – «tolkning av mening i menneskelige uttrykk» (Malterud, 2013), s.44. Tolkningen av kartleggingsinstrumenter handler i stor grad om å tolke foreldrenes mening ut av intervjuer, eller foreldre og barns signaler og mening ut av samspillsfilmer. Det er også en metaanalyse:

«I en metaanalyse bruker vi data eller resultater fra primærstudiene til en ny analyserunde som vi kaller annenordensanalyse» (Malterud, 2013), s. 165). Man kan da bruke metoder som bidrar til at man får et resultat som er mer enn hver av delene sammenlagt. Det handler om en systematisk fortolkning og analysen skal hjelpe til en utvidet eller endret forståelse av en problemstilling. I kapitlet om kvalitative metaanalyser skriver Malterud at en kan gjøre dette som metaetnografi. (Noblit & Hare, 1988), (ibid)). Noblitt og Hare beskriver en analyseprosess i syv trinn:

- 1) Komme i gang, formulere problemstilling og søkestrategi, gjennomføre søk
- 2) Beslutte hva som er relevant i forhold til problemstillingen
- 3) Lese studiene
- 4) Identifisere fellestrekk på tvers av primærstudiene og se etter sammenhenger mellom resultatene.
- 5) Oversette studiene til hverandre
- 6) Syntetisere oversettelsene og
- 7) Formidle disse sammenfatningene i tekst

Jeg har valgt å bruke denne framgangsmåten når jeg analyserer kartleggingsinstrumentene og forskningslitteraturen om dem.

1) Komme i gang, formulere problemstilling og søkestrategi, gjennomføre søk

Dette punktet startet jeg opp før jeg hadde skrevet prosjektbeskrivelse. Jeg hadde fra starten tenkt at jeg skulle ha fokus på gravide rusmisbrukere. Etter hvert endret mitt fokus seg til å gjelde barnet og da spesielt foreldre- barn relasjonen når mor er rusmisbruker, eller har brukt

rus i graviditeten. Jeg leste om Siqveland (Torill Sundet Siqveland, 2012) sin forskning om barn av kvinner med rusmiddelproblemer, og så at hun i denne forskningen hadde brukt kartleggingsinstrumenter for å vurdere foreldre- barn samspillet, og spørsmålet dukket opp om dette også ble brukt også i behandling? Hvilken erfaring hadde en med det i så fall?

Jeg valgte internasjonalt søk med søkeordene:

- Parent Child Relation
- Drug Abuse
- Pregnancy
- Measurement/ assessment

Problemstillingen var omtrentlig formulert, men det var etter søk og en del skriving at den endelige problemstillingen tok form:

Sped- og småbarn født av rusmiddelavhengige kvinner. Kan bruken av kartleggingsinstrumenter sikre en trygg start på mor- barn relasjonen?

2) Beslutte hva som er relevant i forhold til problemstillingen

Det var mange kartleggingsinstrumenter i bruk. Jeg tok kontakt med ulike institusjoner: Rogaland A- senter mens de bare hadde avdeling for gravide, Borgestadklinikken v/ psykolog og miljøterapeut og Foreldre- og barn senteret, Bufetat, Stavanger. I tillegg hadde jeg skriftlig tilgang til materiale fra Lade behandlingsSenter, avdeling for gravide og småbarnsfamilier.

Det er begrenset hvor mange kartleggingsinstrumenter man kan analysere. Jeg valgte derfor ut disse fire:

- Adult Attachment Interview (AAI)
- Working Model of the Child Interview (WMCI)
- The Parent Child Early Relational Assessment (PCERA)
- Alarm Distress Baby Scale (ADBB)

AAI og WMCI ble valgt ut da jeg visste at det hadde vært en opplæring i disse to instrumentene på Borgestad og andre institusjoner av Kari Killen som nevnt i teorikapitlet. PCERA ble valgt fordi jeg selv hadde brukt dette instrumentet og hadde inngående kjennskap til det. ADBB ble valgt fordi dette er et kartleggingsinstrument som måler tilbaketrekkingssymptomer hos barn. Dette er et ubehagelig, men nødvendig fokus når man

skal gi et tilbud til rusavhengige mødre og deres barn. Det er et forholdsvis nytt kartleggingsinstrument som bare har fokus på barnet. Regionalt kompetansesenter for barn og unge (RKBU) har et opplæringsprogram for helsestasjoner i denne metoden og noen kommuner blant annet Trondheim og Haugesund har deltatt.

Etter at kartleggingsinstrumentene var valgt foretok jeg et nytt litteratursøk der jeg søkte på hver av instrumentene og på instrumentene relatert til rusmisbruk hos foreldre/ mødre. De artiklene jeg fikk tilgang til gjennom disse søkene har vært utgangspunktet for analysen jeg vil presentere her:

Litteraturgjennomgang

3) Lese studiene

Etter å ha lest flere artikler om forskning knyttet til kartleggingsinstrumentene velger jeg her å gjengi i kortfattet form hvert av dem og hva som kjennetegner det enkelte instrument:

Adult Attachment Interview (AAI)

Bowlby (John Bowlby, 1988) introduserte begrepet: «Working models». Teorien var at personens egen tilknytningserfaring ble lagret i personens bevissthet som en indre arbeidsmodell i senere voksne relasjoner, både til voksne tilknytningspersoner: ektefeller og til egne barn. Dersom man som barn hadde opplevd å ikke være ønsket eller at en ikke kunne stole at deres omsorgspersoner tok vare på dem, ville de kunne internalisere en indre modell om at heller ingen andre vil ha dem eller ønske å ta vare på dem. I motsetning til dette vil de som har opplevd å bli møtt på sine behov og som er sikker på at deres foreldre elsker dem, vil ha en forventning om at også andre vil oppleve dem verd å elske.

Det var nettopp disse indre arbeidsmodellene eller mentale bildene hos foreldre Mary Main ønsket å utforske da hun utviklet Adult Attachment Interview (AAI) (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985a). Hypotesen omkring disse mentale bildene er at den evalueringen man gir av egen omsorg og barndomsopplevelser og hvordan disse påvirker egen fungering som voksen blir organisert som ganske stabile indre mentale bilder eller arbeidsmodeller. Disse indre arbeidsmodellene kan defineres som et sett av regler for hvordan man organiserer informasjon som omhandler tilknytning og hvordan man innhenter eller begrenser adgangen til denne informasjonen. Hun fant ut at måten voksne fortalte om barndomserfaringer på hadde stor betydning.

Dette fokuset på indre arbeidsmodeller om tilknytning innebærer et større fokus på kognitiv prosesser. Van IJzendoorn (Marinus H. van IJzendoorn, 1995) hevder at nettopp dette fokuset innebar en stor endring i forhold til hvordan barndomsopplevelser ble forstått. Man endret fokus fra å beskrive såkalt objektive barndomsopplevelser til å studere nåværende indre bilder av disse erfaringene. Det en person husker om barndomsopplevelser er en prosess som endres over tid hvor personen endrer minnet om sin egen fortid i lys av nye erfaringer. Det som er sentralt er at form og innhold i den historien som en person forteller om sin barndom vil gi like mye informasjon som selve hendelsen. Analyse av historien som fortelles er en analyse av språket som brukes i fortellingen om tilknytningen. Man kan ikke lenger slik som noen kliniske og retrospektive studier viser til at om man har vært utsatt for vold og mishandling som barn vil man utsette egne barn for det samme. De kognitive modellene gir et større rom for optimistiske vurderinger, man kan trekke inn andre erfaringer med omsorg og tilknytning som er mer positive (Fonagy et al., 1991). I tillegg viser Bowlby (John Bowlby, 1988) at noen slike tidlige tilknytningserfaringer kan bli endret i voksen alder ved at man får en positiv tilknytningserfaring til en partner eller terapeut.

Intensjonen med AAI var å kunne forutsi hvordan den intervjuede personen ville bli som forelder, det vil si hvilken type tilknytning en ville få, sett i forhold til tilknytning en hadde til egne foreldre. Videre vil disse indre arbeidsmodellene også påvirke hvordan man som forelder vil kunne være responderende til barnets signaler og hvordan en derigjennom kan bidra til barnets tilknytning og sosioemosjonelle utvikling

AAI er et semistrukturert intervju med 15 spørsmål der en ønsker å få en generell beskrivelse av relasjoner, spesifikke eller motsetningsfulle minner og en beskrivelse av forholdet til egne foreldre i dag. Foreldre blir spurt om beskrive tilknytningsrelaterte minner fra tidlig barndom, samtidig blir de bedt om å vurdere disse minnene i lys av det de opplever i dag. De blir spurt om sammensetningen av opprinnelsesfamilien og om å nevne adjektiver som beskriver relasjonen til foreldrene. De blir også spurt om hvem av foreldrene de har følt seg mest knyttet til, om hva de gjorde som barn når de var lei seg, såret eller syk, hva de husker om separasjoner fra foreldre og om de har følt seg avvist av sine foreldre. Videre blir de spurt om på hvilken måte deres voksne personlighet har blitt påvirket av disse erfaringene, hvorfor de tror at deres foreldre handlet som de gjorde og hvordan deres forhold til deres foreldre har endret seg i løpet av tiden. En del av intervjuet fokuserer også på erfaringer med misbruk eller med tap av nære omsorgspersoner, både som barn og som voksen. De 15 spørsmålene blir spurt i en spesiell rekkefølge og er standardiserte.

Koding av AAI

Når man koder AAI blir tilknytningsmønsteret klassifisert i tre hovedkategorier: Autonom, utrygg unnvikende/avvisende (dismissing) og utrygg ambivalent (preoccupied).

Autonom/ trygg tilknytning

Det autonome tilknytningsmønsteret kjennetegnes av en emosjonell åpenhet omkring tilknytningserfaringer. Dette mønsteret er det som karakteriseres som trygg tilknytning i fremmedsituasjonen til Ainsworth. I løpet av intervjuet vil en respondent som karakteriseres som autonom gi en balansert beskrivelse av relasjoner, også negative aspekter av relasjonen med foreldre bli beskrevet og ikke holdt tilbake (Broberg, Mothander, Granqvist, & Ivarsson, 2008) s.242.

Utrygg unnvikende/ avvisende tilknytning.

Personer som karakteriseres med en utrygg unnvikende tilknytningsstil vil presentere barndomserfaringer i mer positive ordelag enn det de egentlig var, eller at det benektes at de negative barndomserfaringene har hatt noen påvirkning på egen personlighetsutvikling eller omsorgskompetanse for egne barn. I tillegg gir noen med dette tilknytningsmønsteret en utelukkende positiv beskrivelse av egen tilknytning og forhold til foreldre, men de er ute av stand til å komme med eksempler på positive hendelser som beskriver dette forholdet.

Personer med dette tilknytningsmønsteret vil som foreldre være motvillig til å møte barnets tilknytning atferd. De har selv hatt erfaring med avvisning og har problemer med å møte barnets følelser. De kan være lite sensitive og ikke responderende på sitt barns signaler.

Utrygg ambivalent

De utrygge ambivalente kjennetegnes ved at de er vedvarende opptatt av de negative barndomserfaringene. De gir uttrykk for sinne i forhold til foreldre og begivenheter beskrives ofte usammenhengende og ufokusert. De kan f. eks begynne å snakke om et bestemt tema for så å miste tråden og ikke klare å avslutte historien eller begynne på en ny, før den første var avsluttet. Det kan virke som om samtale om tilknytningstemaet utløser noen tilknytningsminner som gjør personen forvirret, vedkommende mister tråden eller klarer ikke å stoppe å snakke. Personer med dette tilknytningsmønsteret vil gi et inkonsistent og forvirret bilde til barnet sitt. Barnet får et tilknytningsmønster preget av engstelse og motstand. Barnets forsøk på å løse sitt tilknytningsbehov er at de blir lett frustrerte og oppleves klengete.

Desorganisert tilknytning

Utenom disse tilknytningsmønstrene har en den uløste, desorganiserte (unresolved) tilknytningen. Personer som har dette tilknytningsmønsteret har erfaringer med alvorlig omsorgssvikt eller misbruk eller tap av viktige omsorgspersoner.

Validitetsstudier av AAI er foretatt av flere: (Ainsworth et al., 1979) ved bruk av fremmedrom (Strange Situation Classifika^{ti}on), (Fonagy et al., 1991) og av van IJzendoorn (Marinus H. van IJzendoorn, 1995). Både Fonagy og van IJzendoorn finner et imponerende samsvar mellom foreldrenes tilknytningsmønster og hvilket tilknytningsmønster man finner hos deres barn. Fonagy et. al. foretok AAI intervju med 100 gravide kvinner. Da deres barn var ett år ble det foretatt fremmedrom målinger av 95 av disse barna. Studien viser et samsvar på tilknytningsmønster ved at 75% av mødre med trygg tilknytning hadde barn som viste en trygg tilknytning i fremmedromsituasjonen. 73 % av mødre som ble karakterisert som utrygg unnvikende eller utrygg ambivalent hadde barn som viste en utrygg tilknytning ved fremmedrom målingene (de Haas, Bakermans-Kranenburg, & van Ijzendoorn, 1994; Fonagy et al., 1991).

The Working Model of the Child Interview

The Working Model of the Child Interview (WMCI) ble utviklet av Zeanah et al (C. H. Zeanah, & Benoit, D, 1995) og er et instrument som skal utforske foreldrenes indre arbeidsmodeller av sitt barn. Instrumentet består av et semistrukturert intervju. Ved hjelp av denne utforskningen kan en finne fram til foreldrenes følelsesmessige og kognitive modeller av barnet sitt og derigjennom også deres foreldrefunksjoner. Zeanah fant ut at omsorgspersonens indre arbeidsmodell av barnet samsvarte med barnets tilknytningsmønster da det var ett år gammelt. (Benoit, Zeanah, Parker, Nicholson, & Coolbear, 1997) og videre påvirker barnets tilknytningsmønster dets videre utvikling i barndom og ungdom og den emosjonelle utvikling.

WMCI bygger på samme teorigrunnlag om tilknytning som AAI, men her ser en på foreldrenes indre arbeidsmodell av barnet som styrende i forhold til foreldrenes atferd og kvaliteten på foreldre- barn tilknytningen. Foreldrenes indre arbeidsmodell av barnet styrer hvordan de tolker barnets adferd og behov (Main et al., 1985a). Hvordan foreldre tolker og opplever sine barn har avgjørende betydning for barnets utvikling og tilpasning. Det er fire

tema i intervjuet: Utviklingshistorien fra unnfangelse og videre. Beskrivelser av barnet. Forholdet til barnet i dag. Forholdet til barnet fremover.

Med utgangspunkt i disse fire temaene blir hver av foreldrene bedt om å fortelle utviklingshistorien til barnet. Det begynner med spørsmål om foreldrenes forhold til barnet fra det var unnfanget fram til det tidspunktet når intervjuet finner sted. Spørsmålene handler om foreldrenes relasjon og følelser i forhold til barnet fra graviditeten, fødselen og de første månedene. I intervjuet blir foreldrene videre bedt om å beskrive barnets personlighet og atferd, hvordan de oppfatter barnet og hvilke forventninger de har til barnet og hvordan det vil endre seg. De blir spurt om hva de liker ved barnet og hva de synes er vanskelig og hvordan de tenker at deres forhold til barnet vil utvikle seg. Hvilke tanker gjør de seg om hvordan forholdet til barnet vil være i fremtiden?

Disse indre arbeidsmodellene klassifiseres på samme måte som fremmedsituasjonen og AAI i fire kategorier. I WMCI brukes andre ord: **Balansert, ensidig, uengasjert og desorganisert**. Når man skal kode foreldrene indre arbeidsmodeller handler det ikke så mye om å samle fakta, men om relasjonens utviklingshistorie. Når man koder WMCI er det seks skalaer man vurderer ut i fra:

Detaljrikdom

Her vurderes i hvilken omsorgspersonen har stor eller liten grad av detaljrikdom når de skal beskrive barnet sitt. Det man er opptatt av er i hvilken grad foreldrene bruker ordene for å formidle en forståelse av hvem barnet er.

Grad av åpenhet for forandring:

Foreldre som har en åpenhet for forandring gir i løpet av intervjuet inntrykk av å være i en aktiv prosess i forhold til barnet sitt. De har en åpen og fleksibel måte å beskrive barnet på, de er i utvikling og barnet oppdages og man får en følelse av at ny informasjon om barnet blir tatt godt imot.

Grad av involvering.

Foreldre som har en høy grad av involvering i forhold til barnet sitt er intenst og tydelig følelsesmessig involvert i barnet og i forhold omkring barnet. Lav grad av involvering vises ved at omsorgsgiver ikke virker involvert i barnet, enten fordi de er opptatt av noe annet eller fordi de er følelsesmessig og psykologisk frakoplet fra barnet.

Samsvar

Dette punktet har et likelydende punkt i AAI (Main et al., 1985a). Skalaen er ment å skåre samsvaret i omsorgspersonens beskrivelse av barnet både når det gjelder tanker og følelser. Er det en velorganisert og logisk flyt i beskrivelsene av barnet eller gir omsorgspersonen forvirrede og motsetningsfylte beskrivelser.

Sensitivitet i omsorgen

Denne skalaen brukes for å vurdere både omsorgsgivers sensitivitet overfor barnet og i hvilken grad omsorgsgiver anerkjenner barnets egne behov og dets følelsesmessige erfaringer.

Aksept

Denne skalaen skal måle grad av omsorgsgivers aksept av barnet og de utfordringene det innebærer å gi omsorg til barnet. Det innebærer blant annet å kunne sette barnets behov foran egne behov for å fremme barnets utvikling.

Man vurderer de overnevnte kategoriene på en skala fra 1 til 5 der 1 står for ingen, 2 står for begrenset, 3 står for moderat, 4 står for betraktelig og 5 står for ekstrem, det vil si ekstremt bra.

I vurderingen av WMCI gjør en også noen vurderinger av innholdsmessige trekk ved beskrivelsene/ representasjonene om barnet. Er det slik at omsorgspersonen gir en beskrivelse som gir inntrykk av at de har en:

Oppfatning av barnet som vanskelig

Gir omsorgsgiver inntrykk av at barnet som vanskelig å ha omsorg for? Har omsorgsgiver uttalelser som indikerer at de opplever barnet som spesielt vanskelig?

Bekymring for barnets trygghet

Har omsorgsgiver en irrasjonell frykt for å miste barnet? Her skal en se på om denne frykten påvirker og begrenser aktiviteter.

Affektiv tone under intervjuet

Til slutt blir den affektive tonen i intervjuet skåret. Alternativene er: Glad, sinne/ irritasjon, Engstelig bekymret, likegyldighet, annet.

WMCI brukt i forskning: Benoit et. al (Benoit et al., 1997) viste at mødre som ved bruk av WMCI ble klassifisert som balansert, hadde barn som ble klassifisert som trygge. Denne

studien viste også at 91 % av mødre med barn som hadde ulik type klinisk problematikk ble klassifisert under kategoriene ungesgjert eller ensidig.

The Parent Child Early Relational Assessment (PCERA)

Dette kartleggingsinstrumentet ble utviklet av Roseanne Clark (Clark, 1999). PCERA skal gi en vurdering av kvaliteten på relasjonen mellom omsorgsperson og barn. En ønsker å måle den affektive og atferdsmessige kvaliteten av foreldre barn interaksjonen. Omsorgsperson og barnet blir videofilmet i fem minutters sekvenser. Situasjoner som blir filmet er for eksempel måltid, strukturert lek, fri lek og situasjon med adskillelse og gjenforening. Hensikten med PCERA er å forsøke å fange opp barnets opplevelse av omsorgspersonen, omsorgspersonens opplevelse av barnet, den affektive og atferdsmessige involveringen som barn og foreldre bringer inn i samspillet, samt å gi en vurdering av den følelsesmessige grunntonen i relasjonen og i det dyadiske samspillet.

PCERA ble utviklet både til klinisk bruk og til forskning. Den gir et omfattende bilde av foreldre- barn samspillet og en har derigjennom en mulighet til å oppdage et forstyrret interaksjonsmønster på et tidlig tidspunkt og det gir grunnlag for målrettede intervensjoner da man har en nøyaktig beskrivelse av området som trenger å styrkes.

Kartleggingsinstrumentet ble utviklet for å måle samspillsmønsteret hos mødre med psykiske lidelser og deres spe- og småbarn, med det mål å utvikle foreldreferdighetene og samspillskvaliteten hos disse mødre. Senere ble instrumentet videreutviklet for å kunne måle terapeutiske endringer. Det ble også videreutviklet for å gi en bedre beskrivelse av forskjellen på foreldre- barn samspill med mødre med og uten psykiatrisk problematikk. Det ble modifisert i 1985 og tilpasset bruk for fedre med spebarn, for høyrisikogrupper av foreldre og risikogrupper av barn (for eksempel premature og barn med utviklingsforstyrrelser). Det ble blant annet brukt i forhold til mødre og fedre med rusproblemer. Den ble også brukt for å sammenligne samspillskvalitet hos mødre som hadde brukt rusmidler i svangerskapet og deres barn med en rusfri kontrollgruppe (Burns et al., 1997; Clark, 2009).

Det reviderte instrumentet fra 1985 består av 65 elementer som skal vurderes. De er delt i tre hovedområder: Foreldre variabler, spebarn/ barn variabler og dyadiske variabler. Ved skåringen av variablene har en seks alternativer. Skåres variabelen med 1 eller 2 betyr dette at det er grunnlag for sterk bekymring. Ved en skåring på 3 er det grunnlag for noe bekymring.

Skåring på 4 og 5 innebærer en styrke på dette området og ingen grunn til bekymring. Skåren 6 betyr ikke relevant.

Foreldrevariablene

Foreldrevariablene omfatter stemmekvalitet, foreldreaffekt, foreldrenes uttrykte holdning overfor barnet.

I foreldrenes affektive og atferdsmessige involvering vurderes følgende områder:

Her ser en både på kvalitet og mengde på fysisk kontakt med barnet, kvalitet og mengde på visuell kontakt vurderes, samt mengden og kvalitet på verbaliseringer. Foreldrenes sosiale initiativ og foreldrenes betingede svar på barnets positive eller negative aldersadekvate adferd vurderes. Å strukturere og legge omgivelsene til rette for barnet, tilrettelegging- «scaffolding» er sentrale begreper her.

Videre skal foreldrene kunne lese barnet signaler og reagere sensitivt og adekvat. En vurderer foreldres evne til samhørighet og speiling.

Et nytt område omhandler **foreldrestil**.

Foreldrestil omhandler hvilken omsorgsstil en ser hos foreldrene. Kroppsholdning kan være sentralt her eller måten forelderen ser, berører og snakker eller de tar initiativ og responderer.

Foreldrestilene som skal måles er: fleksibilitet eller rigiditet, kreativitet og ressurser, invaderende, konsistens og forutsigbarhet, tegn på atferdsforstyrrelse

Spedbarn/ barn variabler

Her skal **spedbarnet/ barnets uttrykte affekt og karakteristiske humør** skåres.

Man ser da på om barnet gir uttrykk for positiv affekt, for eksempel ved å vise tilfredshet og glede. Viser barnet negativ affekt ved sinne, frustrasjon, gråt og irritabilitet. Gir barnet uttrykk for tilfreds, behagelig og muntert humør? Eller ser barnet uinteressert tilbaketrukket eller trist ut. Barnet kan også vise et engstelig, anspent eller fryktsomt humør eller irritabelt, sint humør, tenksomt alvorlig humør eller emosjonell labilitet.

Atferd/ evne til tilpasning er et nytt område som vurderes. Variabler som skal vurderes her er barnets: Årvåkenhet/ interesse, sosiale atferd initiere og sosiale atferd respondere, Unngåelse/Unnviking (Motstand), Føyelighet/ Uføyelighet, Selvhevdelse/ Aggressivitet, Motorisk kompetanse og kvalitet. Videre ser en på kvaliteten på utforskende lek, evne til

oppmerksomhet, robusthet, utholdenhet, impulsivitet, selvregulering/ evne til å organisere, trøstbarhet og fokus på forelders følelsesmessige tilstand.

Aktivitetsnivå. Under denne overskriften vurderes barnet under områdene: Passivitet/sløvhet og hyperaktivitet.

Kommunikasjon. Under denne overskriften vurderes barnets visuelle kontakt med omsorgspersonen, kommunikativ kompetanse og lesbarhet.

Dyadisk variabler:

Den som skårer skal gjøre kliniske vurderinger av kvaliteten i samspillet i dyaden forelder-barn. Først ser en på den **affektive samspillskvaliteten** som vurderes ved å se om en finner: Sinne/fiendtlighet/ Irritabilitet, Flat/tom/innskrenket, spenning / engstelse, Gjensidig entusiasme, glede, nytelse, en følelse av livsglede i dyaden.

En skal også vurdere **gjensidigheten i** samspillet. Variablene som skal vurderes her er: Delt oppmerksomhet, gjensidighet, organisering/ regulering av samhandlingen og graden av samsvar.

Validitetstudier er blitt utført ved bruk av Ainsworths fremmedsituasjon og ved bruk av WMCI (Clark, 1999). PCERA er blitt brukt i mer enn 400 programmer og forskningsprosjekter og det er vurdert og funnet reliabelt og valid (Clark, 2009).

Alarm Distress Baby Scale (ADBB)

Alarm Distress Baby Scale ble utviklet av den franske barnepsykiateren Antoine Guedeney (Guedeney & Fermanian, 2001) på fransk Alarme Détresse Bébé (ADBB). Denne skalaen ble utviklet for å observere og måle mulig vedvarende sosial tilbaketrekkingssatferd hos barn i alderen 2 til 24 måneder (Braarud & Richter, 2014; Guedeney, Moe, Pura, Mantymaa, & Tamminen, 2010). Også ved dette kartleggingsinstrumentet tar en utgangspunkt i filmopptak av barnet og av en voksen i samhandling med barnet. Det skal være en fremmed person som filmes i samspillet med barnet. For eksempel helsesøster eller annet helsepersonell som arbeider med sped- og småbarn.

Skalaen består av åtte områder (1) ansiktsuttrykk, (2) blikkontakt, (3) generelt aktivitetsnivå, (4) selvstimulerende bevegelser, (5) vokaliseringer, (6) responshurtighet ved stimulering, (7)

evne til å inngå i et samspill, og (8) barnets evne til å tiltrekke seg og beholde oppmerksomheten. Disse områdene bedømmes på en skala fra 0 til 4, der 0 betyr ingen tegn på atypisk atferd, 1 betyr svak atypisk atferd, 2 betyr atypisk atferd, 3 er tydelig atypisk atferd og 4 er betydelig atypisk atferd. Bedømming av skalaene summeres, og en totalskåre på 6 og oppover krever oppfølging.

Rene Spitz (Spitz, 1951) var den første som beskrev barns tilbaketrekking fra sosial kontakt. Han observerte spebarn som ble skilt fra mødre sine fordi de var syke eller skulle i fengsel. Spitz filmet noen av disse barna (Spitz, 1951, 1952). Også Robertson og Bowlby (Robertson & Bowlby, 1952) beskrev spebarns reaksjoner på adskillelse når de ble skilt fra omsorgspersoner. I følge Robertson og Bowlby reagerte spebarna først med sjokk, så med protest og deretter fortvilelse for så tilslutt å reagere med resignasjon og sosial tilbaketrekking.

Klinikere og forskere beskriver sosial tilbaketrekking hos spebarn som en forsvarsmekanisme. Som Spitz, Bowlby og Robertson viste til kan dette være et symptom på tap av primær omsorgsperson. Det ble betegnet som spedbarnsdepresjon. Senere forskning har vist at det kan være flere årsaksforklaringer til spebarns tilbaketrekking. Både alvorlige samspillsforstyrrelser, tilknytningsforstyrrelser, posttraumatisk stresssyndrom og angst kan ligge til grunn. Det kan også ha sin årsak i autismespekter forstyrrelser, kroniske organiske tilstander eller intense kroniske smerter kan gi tilbaketrekking. Psykiske vansker hos foreldre, spesielt depresjon hos mødre i graviditeten og i barnets første måneder har vært knyttet til risiko for sosial tilbaketrekking hos spedbarn (Slinning & Eberhard-Gran, 2010).

ADBB ble utviklet for å inngå i en ordinær helsestasjon kontroll. Sertifisering til å kunne skåre barn på ADBB gjøres ved at fagpersonen trener ved å skåre fem videoklipp av barn. Skåringen blir sammenlignet med referanseskåre og fagpersonen vil igjen skåre nye fem videofilmer. ADBB er blitt utprøvd i flere land. Den har en transkulturell validitet. Testskalaen har vist seg å ha god reliabilitet og validitet. Fra studier i Finland, Frankrike, Israel og Italia har det vist seg at barn som skårer 5 eller mer var i risiko for sosial tilbaketrekking i alle land. Skalaen har i disse studiene ikke vist å ha sammenheng med foreldres sosio- økonomiske status, alder eller etnisitet. (Dollberg, Feldman, Keren, & Guedeney, 2006; Guedeney & Fermanian, 2001; Guedeney et al., 2010).

Andre valideringsstudier av ADBB viste at mødre med barn som var henvist på grunn av tilbaketrekkingssadferd var mer påtrengende – invaderende, spedbarna var mindre involvert i forholdet og det var mindre gjensidighet i mor barn samspillet. Som i tidligere studier var mødrene i denne studien mer deprimerte. Av de henviste barna viste gutter større tendens til tilbaketrekking enn jenter (Dollberg et al., 2006).

Kartleggingsinstrumentene brukt i forskning på mødre med klinisk problematikk eller rusavhengighet.

AAI er brukt i forhold til høyrisikogrupper, rusmiddelavhengige mødre blir vurdert å tilhøre en høyrisikogruppe. Blant annet fant jeg en studie der AAI er brukt i forhold til en gruppe mødre med ulik type klinisk problematikk. Dette er mødre som har opplevd det som på engelsk betegnes som Adverse Childhood Experiences (ACE). Uheldige/ skadelige/ farlige/ ugunstige barndomsopplevelser. Som jeg har vist til i teorikapittelet er mødre med rusproblematikk overrepresentert med negative og traumatiske barndomsopplevelser relatert til for eksempel rus og psykiatri i familien, vold og seksuelt misbruk eller tap av nære omsorgspersoner. I denne studien fant en at det var nær sammenheng med ACE og et desorganisert tilknytningsmønster. 76% av deltakerne i den kliniske gruppen av deltakere i studien hadde ACE erfaringer og ble klassifisert med desorganisert tilknytning ved bruk av AAI intervjuer. Dersom personene kunne rapportere om emosjonell støtte i løpet av oppveksten på tross av negative barndomserfaringer, fant en i mindre grad desorganisert tilknytning (bare 29 %) (Murphy et al., 2014)

En oppsummeringsstudie (review) på bruken av **WMCI** viste at mødre eller barn med ulik type klinisk problematikk f. eks. depresjon eller utsatt for vold hadde ikke balanserte representasjoner av barna sine. (Utrygg) Denne oppsummeringen poengterer viktigheten av å arbeide med foreldrenes indre arbeidsmodeller av barnet, da dette kan hjelpe foreldrene i deres relasjon med barnet og det kan bidra til at barnet står i mindre fare for en negativ utvikling. Mødre med en positiv og gledesfylt interaksjon med barnet hadde balanserte representasjoner (Vreeswijk, Maas, & Van Bakel, 2012).

Mødre med ensidige representasjoner var mer passive i forhold til barna sine, uengasjerte representasjoner var karakterisert med mer invaderende, mer påtrengende atferd rettet mot barnet. En så mer negativitet og avvisning av barnet. Det er sannsynlig at mødre med rusavhengighet er å finne i dette materialet (Benoit et al., 1997; Korja et al., 2010)

PCERA har vært brukt i flere studier av mor barn der mødre har hatt en rusavhengighet. Jeg vil her referere til to av dem (Burns et al., 1997; Clark, 1999).

Clark og kollegaer har som nevnt forsket på bruken av PCERA i forhold til høyrisikogrupper deriblant mødre og fedre med rusproblemer og mødre som hadde brukt rus i svangerskapet.

Resultatet av målingene viste at mødrene med rusproblemer generelt skåret ett poeng lavere enn kontrollgruppen på alle variablene. I tillegg skåret de innenfor området bekymring når det gjaldt mødrenes humør og på entusiasme og glede seg over barnet. Det var også bekymring knyttet til sensitivitet og det å lese barnets signaler og å respondere på barnets signaler.

Skåringene av barnet viste bekymring for at barnet viste manglende positiv affekt og at det var manglende blikkontakt med mor. I dyaden mellom foreldre og barn så en lite delt glede og fornøyelse. Forskerne hevdet at dette funnet var bekymringsfylt fordi disse variablene er de som er med og skaper strukturen i et foreldre–barn forhold. Mors tilpasningsevne er svært viktig for barnet og den ser ut til å mangle hos de mødrene som ble undersøkt. Sammenlagt så en også at mødrene viste manglende evne til å inngå i samhandling med barnet. Det handlet om variablene for kommunikasjon, blikkontakt, fysisk kontakt, turtaking osv. (Burns et al., 1997).

Siqveland (Torill Sundet Siqveland, 2012) brukte også PCERA som kartleggingsmetode da hun forsket på hvordan det går med barna til mødrene som var i behandling for rusproblemer mens de var gravide og etter at barnet var født. Siqveland studerte mor- barn samspill hos 90 kvinner og deres barn. Kvinnene kom fra tre ulike grupper: Kvinner med ulike psykisk vansker som hadde blitt henvist til poliklinisk behandling i graviditeten, kvinner som hadde vært innlagt for rusbehandling i graviditeten og kvinner fra «normalbefolkningen». Kvinner som hadde rusrelaterte problem var rekruttert fra behandlingsinstitusjoner som tar imot kvinnene i graviditeten og har et tilbud etter fødsel. I denne studien ble mødrene henvist til institusjonsbehandling og nedtrappet og avruset i løpet av svangerskapet. Ingen av barna ble derfor født med abstinenser ved fødsel. Dette ga barna i studien en bedre start og mødrene et lettere utgangspunkt for samspillet med barna.

For å vurdere mødrenes fungering og samspillet mellom mor og barn brukte forskerne ulike typer kartleggingsinstrumenter. Samspillskvalitet mellom mor og barn ble målt ved barnets tre og 12 måneders alder ved hjelp av PCERA. Resultatet av disse målingene viste at mødre med rusproblem og psykisk lidelse ved barnets tre måneders alder var mindre sensitive i samspillet med barnet. De rapporterte også et høyere stressnivå enn normalgruppen. Ved barnets 12

måneders alder var mødrene også mindre sensitive i samspillet med barnet. De var mindre i stand til å lese eller tolke babyens signaler enn de andre gruppene og de var mindre i stand til å tune seg inn følelsesmessig i forhold til barnet. I studien fant forskeren at kvinnens egne relasjonelle erfaringer påvirket hennes evne til å være sensitiv.

Barna på 12 måneder skåret lavt på affektive uttrykk. De ga mer uttrykk for negativ affekt. De ga mindre uttrykk for glede og var mindre tilfreds i samspillsituasjonen. Den dyadiske kvaliteten viste seg også å være lavere ved barnets 12 måneders alder. Det var mer sinne og irritabilitet, et høyere spenningsnivå, mindre samhørighet og gjensidig glede i dyaden. Siqveland hevder at dette er et resultat av at barnet ved 3 måneders alder har erfart lite sensitivitet i omsorgen og det vil da som resultat vise mindre følelser i samspill med omsorgspersonen.

Siqveland (Torill Sundet Siqveland, 2012) fant en manglende evne hos mødre til å tune seg inn på spebarnets følelser i interaksjonen. Dette ble forklart med at mødre har brukt stoff rus for å holde følelser i sjakk noe som kan ha ført med seg at de etter hvert har lært å være mindre oppmerksomhet på deres egen interne mentale tilstand og følelser. Det er da vanskelig å være oppmerksom på og sensitiv i forhold til barnet følelsesuttrykk. Reduserte mentaliseringsevner kan ha innvirkning på mors evne til å være følelsesmessig tilgjengelig og speilende i interaksjonene med spebarnet som i sin tur kan forstyrre barnets evne til affektive uttrykk som igjen kan føre til tilbaketrekkingssadferd (Field et al., 1998).

Forskning knyttet til **ADBB** viste at psykiske vansker hos foreldre, spesielt depresjon hos mødre i graviditeten og i barnets første måneder har vært knyttet til risiko for sosial tilbaketrekkingssadferd hos spedbarn (Slinning & Eberhard-Gran.M., 2010). Depresjon kan redusere omsorgspersonens kapasitet til å være sensitiv overfor spedbarnets signaler. Deprimerte mødre kan ha problemer med å speile barnet følelsesmessig og de viser oftere negative følelser i samspillet med barnet. Spedbarn med deprimerte mødre viste etter hvert «deprimert» atferd (Guedeney et al., 2010), s. 565. Noen av barna ble diagnostisert med spedbarnsdepresjon DC- 0-3 (1994) eller PTSD. (Dollberg et al., 2006).

Andre studier fra ulike land viste at barns tilbaketrekking hadde sammenheng med rapportert depresjon og angst hos mødre i barseltid og at ikke optimalt samspill mellom mor og barn var å finne hos barn som viste tegne på tilbaketrekking (Guedeney et al., 2010).

Fellestrekk og sammenhenger

4) Identifisere fellestrekk på tvers av primærstudiene og se etter sammenhenger mellom resultatene.

Jeg har funnet mange fellestrekk mellom kartleggingsinstrumentene. Mitt spørsmål blir om på hvilken måte vil disse kartleggingsinstrumentene beskrive noe om og av det samme og hva er sammenhengen mellom instrumentene.

I alle kartleggingsinstrumentene bruker en filmopptak. I AAI og WMCI tar en opp intervjuet på lydbånd eller film, slik at det kan skåres av sertifiserte personer. I PCERA tar en filmopptak av foreldre og barn i samspill, mens filmopptak av ADBB har hoved fokus på barnet, men i samspill med en annen voksen som ikke er omsorgspersonen. Det kan for eksempel være en helsesøster. Også for de to siste skal de som skårer være sertifisert.

Tilknytningsteori felles teorigrunnlag

De fire kartleggingsinstrumentene som her presenteres bygger alle på tilknytningsteori. De to første har fokus på indre arbeidsmodeller hos foreldre. De to siste har fokus på hvordan tilknytningen ytrer seg i atferd; foreldres atferd og barnets atferd eller respons på omsorgsbetingelser. De som har utviklet disse kartleggingsverktøyene har tilknytning som teoretisk referanseramme. Det teoretiske rammeverket er Bowlby og Mary Ainsworth sin teori om tilknytning. Både Adult Attachment Interview (AAI), Working Model of the Child Interview (WMCI), Parent- Child Early Relational Assessment (PCERA), og Alarm Distress Baby Scale (ADBB) baserer seg på en forståelse av at tilknytningen mellom foreldre og barn er en avgjørende faktor og utslagsgivende for hvordan barnets psykiske helse vil utvikles. Bowlbys tilknytningsteori brukes som forklaringsmodell for at tilknytningsmønster kan gå i arv i generasjoner og at samspillsmønsteret mellom foreldre og barn blir internalisert hos barnet og danner grunnlag for barnets forventninger til omsorgsgiver og forventninger til relasjoner generelt. Barnet vil med disse tidlige erfaringene utvikle egne indre arbeidsmodeller om tilknytning og selv om de kan endres, så vil de i de fleste tilfeller fortsette

å prege personens relasjoner i voksenlivet og senere når vedkommende får egne barn. (Fonagy et al., 1991).

Mary Ainsworth sin klassifisering av tilknytninger er brukt for å validere alle kartleggingsinstrumentene, unntatt ABDD. I ABDD er ikke foreldrenes rolle så sentral da det er barnets sosiale fungering som måles, ikke nødvendigvis i samspill med foreldre, men med annen voksen person. Likevel er tilknytningsteori sentral også for denne metoden, da det teoretiske bakteppet er at barnet på bakgrunn av erfaring med omsorgspersonen har trukket seg fra sosial kontakt, det vil si at tilknytningen kan klassifiseres som utrygg eller desorganisert.

Mens forskerne bak AAI, WMCI og PCERA bruker Mary Ainsworth sin fremmedsituasjon som grunnlag for å vurdere kartleggingsverktøyets validitet (Benoit et al., 1997; Fonagy, 1991 #340; Clark, 1999; Fonagy et al., 1991) er disse tre kartleggingsverktøyene også brukt for å validere hverandre: AAI er brukt i studier for å validere WMCI (Benoit et al., 1997), WMCI er brukt for å validere PCERA (Clark, 2009; Korja et al., 2010).

Hvorfor er trygg tilknytning så viktig for barnet?

Det felles teorigrunnlaget for kartleggingsinstrumentene har utvikling av en trygg tilknytning hos barnet som et mål. Dette er viktig for barnet fordi trygt tilknyttede barn har et positivt selvbilde, og de har en høyere sosial kompetanse enn barn med utrygg tilknytning (Brandt & Grenvik, 2010). I tillegg har trygg tilknytning sammenheng med senere positiv sosioemosjonell utvikling (Benoit et al., 1997). Man kan ikke trekke konklusjonen at utrygg tilknytning fører til psykisk lidelse, men flere forskere har pekt på at det er en risikofaktor for sped og småbarn å være utrygt tilknyttet sine omsorgspersoner.

75% av mødre med AAI trygg tilknytning fikk barn med trygg tilknytning. 73 % av mødre med utrygg unnavikende/ avvisende (dismissing) eller utrygg ambivalent (preoccupied) mødre hadde utrygge barn (van IJzendoorn 1995).

91% av mødre med barn som hadde klinisk problematikk har mødre med ensidig (disengaged) eller uengasjert (deserted) mentale bilder av barnet. (62% i kontrollgruppe) (Benoit et al., 1997) har som nevnt tidligere i sin forskning funnet sammenheng mellom klinisk problematikk hos barnet og mødre som karakteriseres som uengasjerte eller ensidige.

Hva kjennetegner trygt tilknyttede foreldre og barn

Ainsworth studerte hvordan mødre til barn med de ulike tilknytningsmønstrene reagerte på barna sine. Hun fant i sin forskning at mødre med barn med en trygg tilknytning viste mer hengivenhet og stimulerte barnet mer. De kunne lese barnets signaler bedre, ga mer respons og var mer forutsigbar og mer tilgjengelig for barnets reaksjoner. Dersom mødre reagerte raskt på barnets gråt de første levemånedene, så en at barnet gråt mindre når det ble ett år. I motsetning til dette fant Ainsworth at mødre med barn som ble karakterisert med utrygg eller desorganisert tilknytning viste seg å være mindre oppmerksomme mot barnet og respondere senere på deres behov. De viste seg å være mindre intonet og mindre engasjert i forhold til barnet. (Ainsworth et al., 1979; Bretherton & Main, 2000).

Glede og hengivenhet i forhold til barnet.

Sammenhengen mellom glede og hengivenhet og trygg tilknytning blir poengtert som viktig fra flere av forskerne både de som er knyttet til AAI og WMCI, men også PCERA og ADBB. Som jeg har vist til i gjennomgangen av AAI og WMCI er det en sammenheng mellom trygg tilknytning hos foreldre og barn og at foreldre uttrykte glede og stolthet over barnet og at en så glede og hengivenhet i samspillet. I PCERA kartlegging er det flere av variablene som måler glede i samspillet. Man kan oppfatte det i punktet foreldreaffekt: Gir omsorgspersonen uttrykk for glede eller entusiasme over og sammen med barnet? Er det smil og latter og er det en varm og vennlig stemmekvalitet? Felles forståelse for kartleggingsinstrumentene er at en vil se positive følelser og glede hos barnet som respons på foreldrenes uttrykte glede.

De positive følelsers kraft.

Entusiasme og delt glede, det å fryde seg sammen er helt sentrale komponenter i det emosjonelle båndet som knyttes mellom mor og barn (Beeghly & Tronic, 1994, Sameroff 1986). (Sameroff, 1975) Delt glede/ fryd som mor og barn deler i samspillet er et produkt av det unike og dynamiske som begge parter bringer inn i samspillet og som er berikende for begge parter. (Sameroff 1993) (Burns et al., 1997).

Jeg har vist til tidligere at det er et sammenfall mellom forelders indre arbeidsmodell og deres uttrykte holdning overfor barnet. Dersom forelder har en positiv holdning til barnet og viser en betydelig tilfredshet og glede over barnet, med smil og oppmuntrende kommentarer og lekenhet er dette i PCERA forståelse et tegn på styrke hos forelderens og det skalert med

høyeste skåre. Disse foreldrene ville i AAI terminologi bli karakterisert som autonome og jeg viste tidligere til at de ville gi barnet trøst når de trengte det og glede seg sammen med barnet når de trengte det. Videre er denne variabelen nært beslektet med det en i WMCI terminologi kaller aksept, der høy skåre betyr at omsorgspersonen gleder seg over å gi barnet den omsorgen det trenger. Da er de balanserte og de skårer høyt på glede og stolthet.

Clark (Clark, 1999) hevder at mors atferdsmønster og følelsesmessige mønster er avgjørende for barnets utvikling. Foreldre som viser hengivenhet overfor barnet vil bli satt i kategorien styrke. I PCERA hører dette inn under tema: Foreldres uttrykte holdning overfor barnet. Foreldre som har styrke på dette området har også andre kjennetegn som kan måles med PCERA, for eksempel foreldreaffekt ved å vise glede og entusiasme og i varm og vennlig stemmekvalitet.

Sammenheng mellom indre arbeidsmodeller og samspillskvalitet.

I studien til Korja (Korja et al., 2010) er både WMCI og PCERA brukt for å se på sammenheng mellom mødrenes indre arbeidsmodell av barnet og hvordan disse viste seg i foreldre barn samspillet i en studie av for tidlig fødte barn og barn født til termin. Studien viste at mødrenes mentale representasjoner av barnet og tilknytningen til barnet målt med WMCI, hadde sammenheng med hvordan deres samspillskvalitet med barnet var. Samspillskvaliteten var målt med PCERA. Studien viste en generell tendens til at mødre med ikke balanserte representasjoner ifølge WMCI viste flere skåringer i kategorien bekymring på PCERA vurderingene. Studien viste også at mødre med balanserte (trygge) representasjoner når barnet var 12 måneder ble vurdert til å ha en bedre kvalitet i interaksjonen målt med PCERA, både når det gjaldt kvaliteter i barnets, mors og dyadens samspill og samhandling. De fant også en klar sammenheng mellom betegnelsen tenksomt, alvorlig og tilbaketrukket humør, kvaliteter på barnets lek og konsentrasjon med barn og mødrenes utrygge representasjoner.

En ser altså at AAI, WMCI og PCERA er nært knyttet til hverandre som instrumenter, da det foreligger ulik forskning der disse instrumentene brukes sammen. En fellesforståelse som kan innbefatte alle kartleggingsinstrumenter også Alarm Distress Baby Scale (ADBB) er sammenhengen mellom foreldrenes indre arbeidsmodeller og hvordan de viser seg i det konkrete samspillet med barnet og hvordan disse i neste omgang viser seg i hvordan barnet responderer på omsorgsgiver. Sammenhengen mellom de indre arbeidsmodellene og

foreldrenes atferd og videre barnets tilknytning og atferd er gjennomgående i de ulike kartleggingsinstrumentene. ADBB har bare fokus på barnet, men også her er teorien som ligger til grunn at barnets tilbaketrekking er en respons på foreldres atferd rettet mot barnet. Selv om en i ADBB studier av barn med tilbaketrekkingssatferd også viser til at biologiske faktorer eller organiske tilstander ved barnet kan være utslagsgivende for tilbaketrekkingssatferd hos barn, så har en også i forskning omkring dette kartleggingsinstrumentet indikasjoner som viser til at barns tilbaketrekkingssatferd kan være et resultat av tilknytnings forstyrrelser, posttraumatisk stress eller angst lidelser, med andre ord kan barns tilbaketrekkingssatferd ha sammenheng med deres omsorgsbetingelser. En slik omsorgsbetingelse kan være depresjon eller rusmisbruk hos foreldre. (Dollberg et al., 2006)

Oppsummering: AAI og WMCI måler indre arbeidsmodeller. PCERA og ADBB måler atferd hos foreldre og barn som er et resultat av de indre arbeidsmodellene.

Instrumenter og studier sammenlignet og oversatt til hverandre

5) Oversette studiene til hverandre

Når jeg skal oversette studiene til hverandre forstår jeg det slik at jeg skal gi en vurdering av hvordan de forskjellige kartleggingsinstrumentene kan sammenlignes, hvordan en kan forstå at de handler om det samme, eller noe som ligner. I tillegg ser jeg på oversettelse som å studere noen ord, konsepter og begreper og se hva som betyr det samme og hvilken betydning de har i det enkelte kartleggingsinstrument (Noblit & Hare, 1988).

Indre arbeidsmodeller

Et av de viktigste konseptene er indre arbeidsmodeller som kan synes å være en felles forståelsesramme for alle kartleggingsverktøyene, ved at indre arbeidsmodeller styrer omsorgsgivers og barnets handlinger. Likevel er det bare AAI og WMCI som har som mål å kartlegge de indre arbeidsmodellene. Disse to skal måle ulike typer arbeidsmodeller. AAI som kartleggingsverktøy skal ved hjelp av dette måleinstrumentet få et bilde av foreldrenes indre arbeidsmodell av **hvordan deres egen omsorg har vært**. Gjennom intervjuet kommer det fram et bilde av foreldres arbeidsmodell av egen tilknytning. Ved hjelp av dette bildet vil en kunne si noe om hvordan de vil opptre i forhold til sitt barn og en vil kunne angi/ forutse deres

barns tilknytningsmønster. Flere studier viser en tydelig sammenheng her (Marinius H. van IJzendoorn, 1995).

De indre arbeidsmodellene foreldre har styrer handlingene deres rettet mot barnet. Det gjelder for AAI med også for WMCI. WMCI intervjuet gir en mulighet til å studerer **foreldrenes indre arbeidsmodeller av barnet**. Man ser også for WMCI at foreldres indre arbeidsmodell er avgjørende for hvordan de handler overfor barnet sitt og hvilken type tilknytning barnet vil ha når det er ett år og når det er seks år.

Oversette AAI til WMCI

I begge disse måleinstrumentene har en fire kategorier: For AAI er dette: autonom, utrygg unnvikende, utrygg ambivalent eller uløst/desorganisert. For WMCI har en kategoriene: Balansert, ensidig/ forvrengt og uengasjert samt desorganisert. Klassifiseringen innenfor hver av dem vil kunne angi hvorvidt barnet vil ha en trygg, utrygg unnvikende eller utrygg ambivalent tilknytning eller desorganisert. Barnets tilknytning blir målt og klassifiseres på samme måte for begge instrumenter ved hjelp av fremmedsituasjonen (SS) og karakteriseres ved samme kategorier som i Ainsworth studie: Trygg, utrygg unnvikende, utrygg ambivalent og desorganisert. Når en skal oversette kartleggingsinstrumentene er det naturlig å lage en oversikt over begrepene som betyr det samme i de ulike instrumentene:

Fremmedrom SS	AAI	WMCI
B- Trygg	Autonom	Balansert
A-Utrygg- unnvikende	Utrygg unnvikende/ avvisende	Ensidig
C-Utrygg - ambivalent	Utrygg ambivalent	Uengasjert
D- Desorganisert	Uløst- Desorganisert	Desorganisert

Jeg vil først sammenligne AAI og WMCI. Jeg var i kapittelet om fellestrekk og sammenhenger inne på sammenhengen mellom foreldrenes indre arbeidsmodeller og deres atferd rettet mot barnet. Nå som jeg skal sammenligne og oversette vil jeg se på om forskning omkring begge instrumentene gir et svar på hvordan det ser ut til at foreldre svarer på/ møter barnets tilknytningsatferd.

Hvordan møter foreldre med trygg tilknytning barnets tilknytningsatferd?

Foreldre med et *autonomt* tilknytningsmønster vil ifølge teorien knyttet til AAI reagere adekvat på barnets tilknytningsatferd. Hva er da ifølge AAI tenkning adekvat reaksjon på

barnets tilknytningsatferd? Både Ainsworth og IJzendoorn (Marinius H. van IJzendoorn, 1995) hevder at foreldre som klassifiseres som autonome, det vil si de som selv har en trygg tilknytning vil reagere sensitivt og responsivt på barnets signaler. De vil for eksempel gi barnet trøst når det trenger det og glede seg sammen med barnet når det trenger det. I WMCI finnes en egen skala for å måle foreldres sensitivitet i beskrivelsen av barnet. Høy grad av sensitivitet kjennetegnes ved at omsorgsgiver anerkjenner barnets egne behov og er sensitiv for barnets ulike emosjonelle reaksjoner. De handler ut i fra barnets behov og opplevelser. Det er foreldre som karakteriseres som *balansert*, som kjennetegnes ved høy grad av sensitivitet, ved at de har en gjennomgående empatisk beskrivelse av barnet og relasjonen med barnet. Disse foreldre vil også skåre høyt på WMCI skalaen om aksept. Høy skåre på skalaen om aksept innebærer at forelderen aksepterer barnet som individ og aksepterer ansvaret det innebærer å ivareta barnets behov. Omsorgspersonen gleder seg over å gi barnet den omsorgen det trenger. De skårer høyt på glede og stolthet. Med andre ord vil en forelder med balanserte følelsesmessige og kognitive modeller av barnet sitt også reagere adekvat på barnets tilknytningsatferd.

Forskning knyttet til begge kartleggingsinstrumentene viser at det har betydning om foreldrene har en konsistent beskrivelse av egen omsorg eller eget barn. For begge kartleggingsinstrumentene gjelder at foreldre med trygg tilknytning og trygge barn vil ha konsistente og sammenhengende beskrivelser. De beskriver ikke nødvendigvis alt ved egen oppvekst eller ved barnet som positivt, de kan ta med utfordringer, men de tegner et sammenhengende realistisk bilde.

Hvordan møter foreldre med utrygg tilknytning barnets tilknytningsatferd

Foreldre karakterisert med AAI *utrygt avvisende* tilknytningsmønster vil være motvillig til å møte barnets tilknytningsatferd. De har selv erfart å bli avvist og har problemer med å møte barnets følelser. Som foreldre vil de mangle sensitivitet og vil være ikke responderende på sitt barns signaler. Foreldre karakterisert som *ensidig* i WMCI terminologi vil som foreldre har ensidige følelsesmessig og kognitive modeller av barnet sitt vil også mangle sensitivitet for barnets følelser og emosjonelle behov. De er enten ikke klar over, er likegyldige eller kan ha motvilje mot barnets emosjonelle uttrykk. Man får inntrykk av at de ikke kjenner barnet sitt og de mangler nysgjerrighet for barnets opplevelser. De kan også gi inntrykk av å ikke like

barnet, eller irritere seg over barnets behov for trøst. En får et inntrykk av følelsesmessig kulde og noen ganger fiendtlighet.

Utrygg tilknytning; forhold til og forventninger til barnet.

Foreldre med det som i AAI terminologi heter et *ambivalent* tilknytningsmønster og de med WMCI indre arbeidsmodell av barnet som *uengasjert* vil ha et lignende mønster når de skal beskrive egen oppvekst eller barnet sitt. Rotete, usammenhengende og inkonsistente beskrivelser av egen oppvekst eller av barnet kjennetegner denne kategorien foreldre. Ofte har denne typen foreldre også selv en *utrygg desorganisert* tilknytning. De vil gi uforutsigbare svar på barnets tilknytningsatferd.

I WMCI beskrivelsen av foreldrenes syn på barnet vil en se at foreldrene kan ha urealistiske forventninger til det barnet kan mestre, de kan forvente at barnet skal være hjelpsomt, «være snill». De kan forestille seg at barnet har ondskapsfulle hensikter. Foreldrene kan virke forvirret, skuffet, overveldet og engstelig overfor barnet. De er selvopptatt og lite sensitive for barnet. Når foreldrene forteller om barnet får en inntrykk av et vanskelig barn og en kamp for å oppnå nærhet til barnet. Denne type foreldre kan gi uttrykk for masse følelser omkring barnet, både positive og negative, men de kan virke motstridende og utenfor kontekst (Benoit et al., 1997).

Oversette AAI og WMCI til PCERA

Som jeg var inne på i forrige kapitel kan en se en sammenheng mellom de indre arbeidsmodellene og foreldres atferd. Roseanne Clark som utviklet PCERA viser også til samme teorigrunnlag i sine artikler, som en finner hos forskere som har brukt AAI og WMCI. Jeg var i forrige kapitel inne på hvor viktig det er at foreldre gleder seg med og over barnet. Et viktig begrep når det gjelder følelser er affektintoning.

Affektintoning

Å reagere raskt på barnets gråt er et tegn på åpenhet for barnets følelser. I van IJzendoorn (Marinus H. van IJzendoorn, 1995) (1995) ble det vist til at åpen kommunikasjon om følelser av trygghet og utrygghet var et tegn på en autonom tilknytning i AAI. Den samme tendensen ser en i WMCI der høy skåre på sensitivitets skalaen og på aksept også innebærer høy grad av

aksept for barnets følelser. I PCERA språket innbefatter dette alle de variablene som er nevnt over, med at det vises i stemmekvalitet og foreldreaffekt, barnets følelser blir mottatt av positive følelser hos foreldrene, ikke av sinne og engstelse og en positiv holdning mot barnet.

What does the baby see when he or she looks at the mother's face? I am suggesting that, ordinarily, what the baby sees is himself or herself." (Winnicott, 1967).

Dette sitatet av Winnicott viser til at det er mor eller den nære omsorgspersonen som hjelper barnet til å få et sammenhengende selvbylde. Gjennom å bli møtt på både på gode og vonde følelser og speilet, ved at den voksne er tilgjengelig og avstemt i forhold til barnets emosjonelle tilstand er avgjørende for barnets selvutvikling. Man finner variabelen speiling i PCERA og her skal en se etter atferds uttrykk hos foreldre som viser at de speiler barnet sitt. Denne variabelen måler hvorvidt foreldrene viser at de er emosjonelt tilgjengelige overfor barnet. Tilgjengelighet og avstemthet er her sentrale faktorer som vurderes. Dette kan foreldre gjøre ved å avspeile barnets affekt ved hjelp av lyder og uttrykk, se på barnet, bekrefte følelser og sette ord på dem for barnet, anerkjenne barnets følelsesuttrykk. Det er det samme som jeg var inne på i teorikapitlet om affektintoning (Stern 2000, 2004). Kategorien foreldres affektive og atferdsmessige involvering i PCERA behandler for eksempel kvalitet og mengde på fysisk kontakt mellom foreldre og barn. Høy skåre på denne skalaen har en betydelig mengde varsom, varm og følsom berøring. Det er foreldre med trygge barn som gir mye og god kvalitet på fysisk kontakt. (B. R. Hansen, 2010)

Lese barnets signaler/ sensitivitet

Å lese barnets signaler er også en del av det Ainsworth viste til ved beskrivelsen av trygge og sensitive foreldre. (De «autonome og balanserte»). Dette er en viktig variabel i PCERA. Klarer foreldrene å lese barnets signaler? I PCERA skal en se på om forelderen har evne til korrekt observasjon av barnet signaler, om de klarer å forstå hva det er barnet signaliserer og hva det trenger og samtidig skal foreldrene kunne gi en passende reaksjon. I følge Ainsworth (Ainsworth et al., 1979) er det viktig at barnet får en passende reaksjon på sine signaler og at reaksjonen har rett timing. Foreldre med en ensidig («preoccupied» i WMCI) indre arbeidsmodell av barnet vil gjerne ha for høye forventninger til hva barnet kan klare. Å gi en passende reaksjon på barnet signaler er også det en i PCERA språk kaller:

Stilasbygging

Forstår man barnets signaler rett og samtidig er i stand til å gi barnet den reaksjonen det trenger, er det også sannsynlig at man klarer å gi barnet den støtte det trenger i sine aktiviteter. Man har også evnen til å strukturere og legge til rette omgivelsene for barnet. Det er dette Vygotsky (1978) i (Clark, 2009) kaller scaffolding eller stukturering, og som er et av målepunktene i PCERA. Igjen er det viktig at foreldrene strukturerer på en slik måte at barnet får nok utfordringer, men allikevel klarer oppgaven. Det vil autonome foreldre gjøre, mens utrygt unnvikende («distorted») foreldre, vil ha for høye forventninger og ikke hjelpe barnet å gjennomføre den aktiviteten det ønsker. De utrygt ambivalente- («preoccupied») vil være bekymret for om barnet skader seg, eller tror ikke at barnet vil kunne klare aktiviteten. De er ikke i stand til å hjelpe barnet med strukturering slik at det får en opplevelse av ikke å mestre. Trygge foreldre vil oppleve samhørighet med sine barn, gjennom at de føler de forstår barnets signaler og klarer å gi barnet den støtte de gir uttrykk for.

Negative følelser:

Dersom man ser i PCERA målinger at samspillet er preget av andre følelser for eksempel negativ affekt, sint stemme, avvisende holdning eller en direkte fiendtlig humør er dette viktig å oppfatte sett i lys av AAI og WMCI der en fant at uttrykk for sinne og fiendtlige følelser kan ha sammenheng med en avvisende /ensidig tilknytningsstil hos foreldrene og resultere i utrygg unnvikende tilknytning hos barnet.

Et nedstemt deprimert humør hos omsorgspersonen kan videre ha sammenheng med foreldre med ambivalent uengasjert tilknytning. Clark beskriver slike foreldre med at de viser tristhet, livløshet i ansiktsuttrykk, de gir uttrykk for hjelpeløshet, selvopptatthet og kan ha språklige uttrykk som viser negative oppfatninger av barnet, avvisning eller likegyldighet

Denne type foreldre kan også gi uttrykk for et engstelig humør, som kan vise seg gjennom at en observerer motorisk spenning, forhøyet motorisk aktivitet, anspenhet, årvåkenhet eller forsiktig atferd.

Indre arbeidsmodell av barnet i sammenheng med barnet psykiske/fysiske helse

Bernoit s forskning knyttet til WMCI viste at mødre med spe- og små barn som var innlagt på sykehus fordi de viste tegn på mistrivsel, viste lite glede og var følelsesmessig fjerne i forhold til barnet. Samme studie viste at i en gruppe barn med søvnproblemer var det ingen av mødrene deres som kunne klassifiseres som balanserte, det vil si de som jeg tidligere har vært

inne på, gledet seg over barnet sitt. Generelt viste studien at hos barna med ulike typer klinisk problematikk viste mødrene mindre glede og stolthet over barnet sitt, sammenlignet med kontrollgruppe. De var også mindre sensitive og mindre involvert og aksepterende i forhold til barnet (Bare 9 % var balansert) (Benoit et al., 1997).

Benoit hevder at barnet ved å bli møtt med uengasjerte, lite sensitiv og lite aksepterende omsorg vil kunne få en opplevelse av å ikke være elsket, viktig eller til og med føle seg avvist og mislikt kan stå i fare for å utvikle klinisk problematikk.

Lest gjennom ti her

Mors følelsesuttrykk har effekt på barnets følelsesuttrykk

Clark viser til at spesielt en mors positive affekt virker organiserende for barnet og hjelper barnet å regulere følelser og atferd (Burns et al., 1997).

Med andre ord: Foreldre som viser glede over barnet sitt får barn som lett viser glede. I PCERA har en også variabler som måler hvordan barnet gir uttrykk for følelser og hvilke følelser som en ser mest av hos barnet i samspill med omsorgspersonen. Gir barnet uttrykk for positiv affekt og entusiasme. Har barnet et tilfreds behagelig eller muntret humør? Barn som skårer høyt på positiv affekt på PCERA blir betegnet under klassifiseringen styrke. Gir barnet mer uttrykk for negativ affekt ved at det gråter, sutrer eller er sint, eller er barnet apatisk og tilbaketrukket. Er det engstelig, anspent eller fryktsomt, tenksomt eller alvorlig.

Videre kan en se på følelsene i dyaden- Foreldre og barn samspillet. Hvilke følelser kommer til uttrykk her. Er det gjensidig glede og entusiasme i dyaden vil en etter all sannsynlighet se en trygg tilknytning hos barnet.

Utrykk for utrygg tilknytning i PCERA

Hos barn med utrygg og desorganisert tilknytning ser en lite av den positive affekten. Barn av foreldre med en avvisende/ ensidig indre arbeidsmodell vil ikke nødvendigvis gi uttrykk for negative følelser. Barn med **utrygg unnvikende** tilknytning vil ofte virke svært selvstendige og ressurssterke. Barnet vil ikke søke trøst og nærhet hos den voksne når det er redd eller lei seg, men gi inntrykk av å klare seg selv. De nedtoner tilknytningsatferden, da de har erfaring med at den voksne ikke klarer å forholde seg til den. De virker som de er uberørt, men målinger av hjerterytmen viste at de var like høye som de med trygg tilknytning som ga uttrykk for frustrasjon over at omsorgspersonen forsvant. Etter gjenforening hadde disse barna forhøyet kortisol i motsetning til de med trygg tilknytning.

Hvordan finner en igjen denne gruppen barn i PCERA? De gir kanskje ikke uttrykk for negativ affekt, men heller ikke for positiv affekt. Muligens vil følelsene ikke komme til uttrykk, men det kan komme til uttrykk i handlingene. Under overskriften atferd og evne til tilpasning kan en finne igjen disse barna. Disse barna vil for eksempel ikke skåre høyt på sosial atferd. De vil hverken initiere til sosial kontakt med omsorgspersonen, og de vil muligens også respondere lite på omsorgspersonens sosiale initiativ. De vil unngå blikkontakt. De vil kunne vise en viss grad av unngåelse og motstand og være føyeelig. Muligens kan de ha fokus på foreldres følelsesmessige tilstand.

Utrygt ambivalente barnet som har opplevd motstridende signaler hos forelderen vil holde seg tett inntil omsorgspersonen. De kan virke både klengete og vise motstand og avvisning. Barna er vanskelig å trøste, spesielt ved gjenforening etter separasjon. Ved bruk av PCERA vil de skåre lavt på glede, de vil gi uttrykk for negativ affekt for eksempel ved å gråte eller sutre. De vil gi uttrykk for engstelse, sinne og frustrasjon, men vil i liten grad kunne la seg trøste. Engstelsen kommer til uttrykk fordi barnet opplever forelderen som uforutsigbar.

Barnet vil kunne skåre lavt på både årvåkenhet og interesse og på kvalitet på utforskende lek. Dette er fordi disse barna opplever omsorgspersonen opptatt med andre ting og uoppmerksom på barnet og dette hemmer barnets utfoldelse. Også barnets evne til oppmerksomhet vil kunne påvirkes av forelders manglende oppmerksomhet. Barnet har liten evne til utholdenhet, og selvregulering og virker ikke så robust. Det kan sitte på mors fang og nekte å utforske leker eller lignende. Barnet kan også ha høyt fokus på foreldrenes følelsesmessige tilstand.

Oversette AAI og WMCI til ADBB

Er de desorganiserte barna de samme som vi finner ved hjelp av ADBB?

Desorganiserte foreldre og barn

Hvordan kan man oppdage de desorganiserte foreldrene og barna ved bruk av kartleggingsinstrumentene? Ved hjelp av AAI kan man finne foreldre med desorganisert tilknytning. Mary Main fant i sine intervjuer av mødre som hadde barn som i fremmedsituasjonen var blitt klassifisert som desorganisert, at flere av disse mødre var traumatiserte. Det virket som AAI intervjuet forårsaket gjenopplevelser hos mødre som viste symptomer på posttraumatisk stress lidelse. De hadde en desorientert og usammenhengende måte å fortelle sin historie på.

Forskning viser nært samsvar mellom foreldre med desorganiserte indre arbeidsmodeller og barns desorganiserte tilknytning. Desorganiserte barn (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985b)

(Main og Solomon 1990) har ikke hatt mulighet til å organisere en indre modell av omsorgspersonen. Samspillet i den desorganiserte tilknytningen bygger i stor grad på redsel. Det er også vanskelig å finne et mønster i deres tilknytning. Mange av disse barna er traumatiserte, ved at de er utsatt for vold, vitne til vold eller har opplevd foreldres rusmisbruk og alvorlig omsorgssvikt. Barna viser frykt for omsorgspersonen sin eller omsorgspersonen viser frykt for barnet. Disse barna er overlatt til seg selv og får ikke hjelp av foreldre til å regulere følelser eller takle stress. At tilknytningen er desorganisert viser til at det ikke er et mønster i måten barnet forholder seg til omsorgspersonen. I motsetning til den utrygge tilknytningen som blir forklart av forskerne som organisert og funksjonell, på den måten at barnet har lært å tilpasse seg det foreldrene er i stand til å gi dem (Broberg et al., 2008). Det desorganiserte mønsteret viser til at tilknytningen er kollapset og barnet kan ha en uforståelig atferd. I fremmedsituasjonen kan de vise en slags fastfrossen tilstand, eller merkelige kroppslige holdninger (Marinus H. van IJzendoorn, 1995). Desorganiserte spebarn kan ha en fastfrossen og stereotyp atferd også utenfor fremmedsituasjonen (Brandt & Grenvik, 2010). Barnet kan ha en atferd der de tar omsorg for forelder eller der barnet er truende eller kontrollerende overfor omsorgspersonen. Dette samsvarer mye med beskrivelsen av barna som Spitz, Bowlby og Robertson beskrev (Robertson & Bowlby, 1952). Barna som reagerte med sjokk og protest og som en fant i fastfrosne stillinger og senere hadde reaksjonene med likhetstrekk til posttraumatisk stress lidelser eller spedbarns depresjon. Ved bruk av ADBB vil man finne bekymring for disse barna.

Oversette ADBB til PCERA eller motsatt.

Spitz og Bowlbys beskrivelser av barn med tilbaketrekkingsatferd er kjennetegnet av resignasjon og tilbaketrekking (Spitz, 1951). Barns tilbaketrekkingsatferd skåres primært med ADBB, men disse kjennetegnene kan en også finne igjen ved skåringer i PCERA. Det er åtte områder i ADBB som skal skåres. Jeg har valgt ut fem områder i ADBB som sammenlignes med PCERA.

Blikkontakt og ansiktsuttrykk

ADBB har punktene ansiktsuttrykk og blikkontakt. I ABDD beskrivelser ser en et fiksert eller frosset ansiktsuttrykk, men man kan forestille seg dette fraværende og nesten gamle uttrykket som en ser på barna i Rene Spitz filmene, med «tomme» ansiktsuttrykk og ingen eller lite mimikk. I PCERA språket ser en dette under punktet apatisk tilbaketrukket humør. Noen av

kriteriene for skåring av denne variabelen er om en ser fravær av liv i ansiktet, tomt og ufokusert blikk. Denne variabelen viser med andre ord også til ansiktsuttrykk ved at et apatisk tilbaketrukket humør viser i barnets ansiktsuttrykk og ved at en ser etter tegn på om barnet ser uinteressert, tilbaketrukket eller trist ut. I tillegg har en punktet om tenksomt alvorlig humør, der en skåre innenfor bekymringsområdet innebærer at barnet ser utilfreds ut, har matthet i øynene og vansker med å utrykke glede.

I ADBB oversettelse av blikkontakt, vil det som omfatter betydelig atypisk atferd bety at man ikke får blikkontakt med barnet, eller at barnet unnviker blikkontakt. I PCERA har en under punktet kommunikasjon en variabel som kalles visuell kontakt. I skårene for bekymring kan en her se at barnet har ingen tegn på kommunikasjon ved hjelp av visuell kontakt, eller søker eller opprettholder sjelden øyekontakt med omsorgspersonen. I artikkelen hevdes det også at sosial tilbaketrekking hos spebarn er et signal om at den gjensidige tilpasningsevnen i foreldre- barn dyaden er overbelastet. Spebarnet hjelpes ikke til å regulere følelser og atferd av omsorgspersonen og «sosial tilbaketrekking kan være første reaksjonsnivå hos et spebarn som er fanget i en situasjon det ikke kan flykte fra» (Guedeney et al., 2010), s. 564.

Barnets aktivitetsnivå

ADBB har videre området **generelt aktivitetsnivå**. Der bekymringen er generell inaktivitet hos spebarnet. Igjen med henvisning til Spitz filmene ser en svært passive spebarn som ligger i en seng og beveger seg svært lite. I PCERA har en et punkt under barnets aktivitetsnivå der en skal vurdere barnets passivitet eller sløvhets. Det en da ser på er mengde og grad av nedsatt aktivitetsnivå hos barnet, sett i forhold til alder. Dersom det er stor bekymring knyttet til barnets passivitet vil barnet da være ekstremt passivt, inaktivt, hypotont eller ha en karakteristisk sløvhets. Det vil være naturlig å skåre variabelen robusthet også under aktivitetsnivå. Dette punktet gir en skåre på barnets energinivå i normal aktivitet. Dette kan spenne fra energisk og robust til ingen energi i det hele tatt. Ved stor bekymring på dette punktet ser en ingen energi i det hele tatt hos barnet. Det legger seg ned, hviler hodet eller sovner etter minimale anstrengelser. Punktet utholdenhet kan muligens også skåres. Under overskriften atferd og evne til tilpasning vil en ved å skåre variabelen årvåkenhet og så kunne si noe om barnets reaksjoner og interesse for omgivelsene, folk eller gjenstander. Ved bekymring for barnet ser en under punktet årvåkenhet ingen eller få tegn til visuell oppmerksomhet, endring i ansiktsuttrykk eller gestikulering hos barnet, men mangel på aktivitet, et tomt blikk og en uoppmerksom stirring.

Vokaliseringer

I ADBB vurderer en da mangelen på vokaliseringer- ord og lyder. Det kan være vokaliseringer som utrykker glede som latter, gledesskrik, pludrellyder eller ord og lyder som oppfattes sosiale, med det mål å oppnå kontakt. Mangelen på dette er tegn på atypisk atferd hos barnet. Barn som gråter hele tiden, vurderes som å vise atypisk atferd, men ikke det mest alvorlige. I PCERA har en her ulike variabler som sier noe om barnets vokaliseringer. Under overskriften kommunikasjon har en variabelen kommunikativ kompetanse. Her vurderes hvorvidt barnet bruker gester, stemme eller ord for å uttrykke sine ønsker. Dette punktet måler også barnets mottakelighet for andres kommunikasjon, noe ADBB ikke skal måle. Dersom en ikke ser noen tegn på spontan og mottakende kommunikasjon eller at kommunikasjonen ikke passer til barnets utviklingsnivå eller til situasjonen er det grunn til bekymring. Tilstedeværelsen av dette indikerer ressurser hos barnet. Variabelen om lesbarhet sier også noe om barnet har tydelige signaler.

Evne til å inngå i samspill.

I ADBB vurderingen ser en på om barnet har evne til å engasjere seg i relasjon med den som gjør vurderingen, en annen person eller omsorgspersonen. Her vil en se på barnets holdning, hvordan det reagerer på visuell kontakt, bli snakket til eller annen stimulering. Dersom det er fravær av interesse for andre personer eller svak og forsinket interesse vurderes dette som symptom på tilbaketrekking hos barnet. I PCERA er det overnevnte punktet om å svare på foreldres sosiale atferd også relevant her. I tillegg har en et punkt som skal måle hvorvidt barnet initierer sosial atferd. Her skal en vurdere om barnet tar initiativ til og opprettholder sosialt samspill med omsorgspersonen. Barnet vil da ved positiv skåre vise samme type atferd som overfor nevnt: De kan orientere seg mot, strekke seg mot, berøre, smile eller bruke stemmen for å ta kontakt med den voksne.

Evne til å tiltrekke seg og beholde oppmerksomheten.

I ADBB skåringen her vil en se på om barnet tiltrekker seg oppmerksomhet. Har barnet evne til å ta initiativ og få kontakt og glede seg over dette, eller får man en urolig følelse sammen med barnet, der man føler at barnet holder en på avstand eller at det er utenfor rekkevidde? I PCERA kan en skåre dette punktet igjen under barnets sosiale atferd; initiere og respondere. Man kan også skåre bekymringen under variabelen unngåelse- motstand. Her vil barn som

vekker bekymring se ut som om de avviser eller unngår foreldres innspill. Et lite barn kan stivne, strekke halsen, spenne ryggen i bue, dytte bort eller unngå øyekontakt. Større barn kan forsøke å unngå nærhet til foreldre, snu ryggen til eller overse foreldrene. Barn som også skårer høyt på tilfreds og muntert humør, på årvåkenhet og selvhevdelse vil også ha større evne til å tiltrekke seg og beholde oppmerksomheten.

På foreldresiden: Invaderende foreldre i artikkelen hevdes det også at sosial tilbaketrekking hos spebarn et signal om at den gjensidige tilpasningsevnen i foreldre- barn dyaden er overbelastet. Spebarnet hjelpes ikke til å regulere følelser og atferd av omsorgspersonen og «sosial tilbaketrekking kan være første reaksjonsnivå hos et spebarn som er fanget i en situasjon det ikke kan flykte fra», (Guedeney et al., 2010), s 564. Dette kan også være uttrykk for spedbarns depresjon.

Øversette PCERA og ADBB brukt på rusavhengige mødre til de andre instrumentene

Dersom man ser på forskningen til Clark og Siqveland (Burns et al., 1997; Toril Sundet Siqveland & Vibeke, 2014), så en at mødre med rusproblematikk hadde manglende evne til å tune seg inn på spebarnets følelser i interaksjonen. De hadde også problemer med å være sensitive og oppmerksomme på barnets signaler og følelsesuttrykk. De hadde reduserte mentaliseringsevner, noe en så igjen i manglende speiling av barnets uttrykk og indre følelsestilstand. En ser den samme mangelen i samspillskvaliteter i forskning knyttet til ADBB, der mødrene var deprimerte. Ved gjennomgang av materialet for denne analysen ser en at denne mangelen hos mødrene kan ha sammenheng med en utrygg eller desorganisert tilknytning. En utrygg eller desorganisert tilknytning har konsekvenser for hvordan man forholder seg til barnet. Noen av mødrene som hadde barn med tilbaketrekkingsatferd var mer påtrengende- invaderende i sin atferd rettet mot barnet. Dette er en type atferd en også ser hos rusavhengige mødre.

Videre vil dette ha konsekvenser for hvordan barnet fungerer i samspillet med omsorgspersonen. Siqveland fant at barna på 12 måneder viste mindre positive følelser, ga mer uttrykk for negativ affekt og var mindre tilfreds. Sammen med det en ser i dyaden-foreldre- barn forholdet med høyere spenningsnivå og irritabilitet er det grunn til å stille spørsmål om dette er en begynnende sosial tilbaketrekking hos barnet. Barn som ikke blir speilet kan etter hvert vise deprimert atferd ifølge Guedeney (Guedeney & Fermanian, 2001). Guedeney hevder videre at deprimerte barn var mindre involvert i forholdet til

omsorgspersonen og det var mindre gjensidighet i mor barn samspillet (Guedeney et al., 2010).

Sammenfatning

6) Syntetisere oversettelsene og

7) Formidle disse sammenfatningene i tekst

De fire kartleggingsinstrumentene som her presenteres bygger alle på tilknytningsteori. AAI og WMCI har fokus på indre arbeidsmodeller hos foreldre. PCERA og ADBB har fokus på hvordan tilknytningen ytrer seg i atferd; foreldres atferd og barnets atferd som er en respons på barnets omsorgsbetingelser. Det teoretiske rammeverket er Bowlby og Mary Ainsworth sin teori om tilknytning og om hvilken atferd hos foreldre som fører til trygg tilknytning barnet og hvilken atferd som kjennetegner trygg tilknytning hos barnet. Positive følelser og glede i samhandling mellom foreldre og barn er tegn på en trygg tilknytning. Negative og motstridende følelser manglende glede, sensitivitet og speiling hos foreldre har sammenheng med utrygg eller desorganisert tilknytning hos foreldre og barn. Forskningen jeg har presentert viser at man finner mange av tegnene på utrygg eller desorganisert tilknytning hos rusavhengige mødre og hos deres barn og at barna kan vise tegn som er bekymringsfulle og som kan ses som begynnende signaler på sosial tilbaketrekking.

Drøfting

I drøftingen vil jeg vende tilbake til tittel på oppgaven: **Sped og småbarn født av rusmiddelavhengige kvinner. Kan bruken av kartleggingsinstrumenter sikre en trygg start på mor-barn relasjonen?**

I teorikapittel og i analyse har jeg prøvd å vise hvor avhengig det lille barnet er av å bli sett av sensitive og omsorgsfulle foreldre. Det er mange utfordringer på veien til god omsorg og jeg vil nå drøfte det første forskningsspørsmålet jeg har satt opp, sett i lys av det jeg har presentert i teorikapittel og i analyse.

På hvilken måte kan kartleggingsinstrumenter være nyttige redskaper i veiledning av rusavhengige mødre på rusinstitusjon?

Jeg drøfter først på hvilken måte AAI, WMCI og PCERA kan være nyttige redskaper. Hvorvidt ADBB kan være et nyttig redskap tas inn under forskningsspørsmål 2, da disse bør ses i sammenheng når det gjelder dette instrumentet.

Kvinner som blir lagt inn på rusinstitusjon i graviditeten er i en vanskelig livssituasjon. Söderström som har forsket på en gruppe mødre og fedre innlagt på rusinstitusjon i graviditeten og etter at barnet ble født, beskriver hvordan også graviditeten er annerledes for denne gruppen kvinner. Grunnen til dette er at mange er i et aktivt misbruk av rusmidler når graviditeten oppdages. De oppdager gjerne graviditeten seinere enn det som er vanlig, siden kroppslige symptomer ikke alltid blir tolket i retning av graviditet. Uteblivelse eller uregelmessig menstruasjon er ikke uvanlig ved aktivt rusmisbruk. Kvalmesymptomer kan tolkes som symptomer knyttet til misbruket. For de fleste er det ingen planlagt graviditet og mange går gjennom vanskelige vurderinger knyttet til spørsmål om skader på barnet i forbindelse med rusmisbruket og spørsmål om de ønsker å beholde barnet eller å ta abort (Söderström, 2013).

Fra egen erfaring vet jeg også at noen av kvinnene oppdager graviditeten tidlig og ber selv om å bli lagt inn til avrusning og behandling tidlig i graviditeten. Andre forholder seg ikke til symptomene og blir gjerne oppdaget av helsepersonell som får den gravide innlagt frivillig

eller ved tvang. Jeg har i teorikapitlet vært inne på lovverket knyttet til denne gruppen. Og at flere institusjoner i dag tilbyr behandling i graviditeten og behandling og oppfølging etter at barnet blir født for å gi den rusavhengige moren en mulighet til å ivareta barnet sitt.

Jeg har ikke full oversikt over hvordan tilbudene til gravide og mødre med barn er lagt opp på de ulike stedene i landet. Som tidligere nevnt har jeg vært i kontakt med ansatte fra Borgestadklinikken og har tilgang på materiale fra Lade behandlingssenter. I tillegg til det jeg kjenner til fra egen arbeidsplass er det noe informasjon om behandlingsopplegget både i Søderstrøm og Siqveland sitt materiale. Det som er hoved essensen i behandlingsopplegget alle steder er at mødre tilbys avrusning om dette er nødvendig når de innlegges i svangerskapet. All annen behandling er frivillig. Det betyr at de som legges inn på tvang i institusjon kan tvinges til å slutte med rusmidler, men de kan ikke tvinges til annen type behandling. Tvangen er begrunnet med at barnet ikke skal utsettes for rusmidler i svangerskapet. Dersom den gravide med en gang eller etterhvert er motivert kan hun delta i behandlingsopplegget ved institusjonen. Det behandlingsopplegget som tilbys har fokus på avhengigheten av rusmidler og det gis et behandlingstilbud knyttet til dette. Videre startes det opp et behandlingstilbud allerede i graviditet med fokus på barnet og det å bli mor. Dette er som nevnt ulikt på ulike steder, men flere steder brukes kartleggingsinstrumenter for eksempel AAI eller WMCI eller andre lignende instrumenter som har fokus på indre arbeidsmodeller. Det blir også brukt kartleggingsinstrumenter som har fokus på foreldre barn samspill, men det finnes ikke noen felles retningslinjer på dette for behandlingsinstitusjonene. Jeg har ingen informasjon som tilsier at ADBB er i bruk ved noen av institusjonene.

Ved denne gjennomgangen av kartleggingsinstrumenter kan en få et inntrykk at det på ingen måte er nyttige redskaper. Hva er vitsen med å fortelle allerede sårbare mødre at de ikke duger? For det som er kommet fram i analysen er at rusavhengige mødre i liten grad er i stand til å glede seg over og sammen med barnet, de er lite sensitive og klarer ikke å være følelsesmessig inntunet, lese eller reagere på barnets signaler. Det kan oppfattes som en heftig kritikk. Har de ikke hatt det vanskelig nok i sin barndom og oppvekst, hvorfor må de få det skrevet med store bokstaver at de ikke klarer? De har dessuten mislyktes i de fleste områder i livet. Det å bli mor må da kunne være et område de skulle kunne lykkes med!

Dette er refleksjoner mange behandlere gjør seg når de går inn i behandling og veiledning av rusavhengige kvinner med barn. Det er ikke en enkel problemstilling og det gjør den heller ikke lettere at det finnes flere parter i problemstillingen. Barnet er den andre parten i dette

forholdet og barnet er like viktig som mor og det må ikke bli skadelidende. Det kan være harde fronter i disse diskusjonene, der de som taler mors sak kan synes at bruken av kartleggingsinstrumenter er for ubarmhjertig og de som taler barnets sak hevder at barnet hverken blir sett eller ivaretatt godt nok på rusinstitusjon.

Mitt ståsted i dette er at det er nødvendig å se mor og barn sammen. Det er et systemisk fokus der man ikke kan se hverken mor eller barn isolert, men de må vurderes og ses i sammenheng. I et systemisk perspektiv tenker man også at forholdet til andre viktige personer i livet er sentrale. Da vil det de rusavhengige mødrene har erfart av omsorg fra egne foreldre og deres relasjon til dem være en sentralt i forhold til å forstå forholdet de utvikler til eget barn.

På hvilken måte kan AAI være et nyttig redskap i veiledningen

Sett inn i en slik ramme tenker jeg at kartleggingsinstrumenter som har fokus på hvordan mødrene har erfart den omsorgen de fikk i egen oppvekst vil være nyttige redskaper til å forstå hvordan de forholder seg til eget barn. Da er ikke målet at en skal avdekke feil og mangler i kvinnens barndom som gir grunnlag til å forutsi hva som kan gå galt, men funnene kan bli brukt i en terapeutisk setting og gi grunnlag for nye tanker og refleksjoner. Jeg tenker ikke at dette nødvendigvis må være AAI, men å bruke et redskap som muliggjør refleksjoner om hva som var bra og hva som opplevdes smertefullt og skadelig i egen oppvekst. Dette kan hjelpe foreldre til å se hvordan de ikke ønsker at barnets oppvekst skal bli. I analysekapittelet viste jeg at de indre arbeidsmodellene en person har om egen oppvekst kan inneholde muligheter for å fortelle historien på en annen måte. Bowlby hevdet også at indre arbeidsmodeller kan endres ved at en får nye tilknytningserfaringer, gjennom terapi eller gjennom nye relasjoner. En slik ny relasjon er relasjonen til barnet, som en kan tenke og ønske skal innebære noe nytt. Wiig (Wiig et al., 2014) hevder at mødrene hun studerte som var i behandling med barnet på rusinstitusjon hadde klare tanker om hva de ønsket at deres barn ikke skulle oppleve. Det var imidlertid vanskelig å ha et tydelig bilde av hva de skulle sette inn i stedet for det de selv hadde erfart. Refleksjoner omkring dette vil være svært viktig og avgjørende for hvordan mødrene kan finne nye strategier for den omsorgen og oppdragelsen de ønsker å gi egne barn. Wiig viste også til at det i løpet av behandlingsperioden dukket opp traumatisk minner hos de innlagte kvinnene, som de tidligere hadde kunnet holde på avstand med rusmisbruket. Ved hjelp av et kartleggingsverktøy som AAI vil en kunne få klarhet i traumatiske erfaringer hos mødrene, som de kan få hjelp til å bearbeide i behandlingsperioden. Det er viktig for disse mødrene at de får hjelp til å bearbeide

traumatiske minner og behandling for andre psykiske lidelser eller belastninger, da det er tydelig kommet fram i både teorikapittel og analysedel at psykiske belastninger kan stå i veien for å utøve god nok omsorg for barnet. En annen fordel både med AAI og WMCI er at intervjuene kan starte under graviditeten som en forberedelse på og en refleksjon rundt barnet som skal komme.

Små astronauter

“Some of the babies look like little astronauts exploring the unknown; eyes wide open with just a thin and fragile connection to their base. They are sitting on the lap faced away from the parent. Does the parent hide or protect themselves behind the baby? Do they present themselves via the baby? Does the parent feel that the outside world has more to offer their infant than their own inside? If this is a pattern, the infant is left alone to handle inner experience and outer events. It seems like the parent underestimates her own importance and value. It is hard to look at- both might end up sad and lonely without discovering each other – and self- and with a fragile sense of belonging” (Söderström, 2013), s.31.

Teksten overfor er hentet fra Söderströms dagbok, som hun gjengir i sin doktoravhandling for å beskrive egne refleksjoner omkring det hun observerte hos de mødrene hun studerte. Refleksjonen ga meg en umiddelbar gjenkjennelse fra egen arbeidsplass. Både det å ikke møte barnets blikk, eller å la barnet ha ubegrenset tilgang til sin mors ansikt er noe en legger merke til i den rusavhengiges samhandling med det nyfødte barnet. Det er ingen selvfølge at mødrene vet at ansikt til ansikt interaksjon er livsnødvendig for det nyfødte barnet. Sitatet fra Winnicott som jeg brukte i analysekapitlet, som sier at barnet ser seg selv når det ser inn i morens ansikt (Winnicott, 1967) beskriver hvor viktig det er for det nyfødte barnet at mor er tilgjengelig med ansikt og øyne. Mødre som har erfart god nok omsorg, vet det kanskje ikke heller, men de gjør det bare. Det gir dem både glede og fryd å inngå i en ansikt til ansikt dialog med barnet og de gjør det av den grunn, ikke fordi de har lest teorier om det.

For de rusavhengige mødrene kan denne nære kontakten med barnet skape angst. Angst for ikke å lykkes og for at man ikke er god nok for barnet. Söderström hentyder også til denne angsten ved å stille spørsmålet «Tror de at den ytre verden har mer å tilby enn deres eget indre?» (Fritt oversatt). Jeg opplever at Söderström er inne på kjernen i en problematikk her. Barnet trenger å få tilgang til foreldrenes sinn sier Söderström et annet sted (Söderström,

2013). Dette er en enorm utfordring for rusavhengige mødre å gi barnet tilgang både til sinn og ansikt. Både fordi sinnet er fult av vanskelige erfaringer og på grunn av lav selvfølelse. Men også fordi mange har brukt flere år på å stenge ute følelser og egen tilkortkommenhet ved hjelp av rusmidler.

Kan et kartleggingsinstrument som WMCI, der en kan utforske foreldrenes indre arbeidsmodeller av barnet være til nytte når en skal gi hjelp med den utfordringen mødre på rusinstitusjon har? Å utforske foreldres indre arbeidsmodell kan ha et negativt utgangspunkt dersom tanken er å avdekke indre arbeidsmodeller som en slags fasit på hvilken type tilknytning barnet vil kunne utvikle. Dersom man da avdekker ensidig uengasjerte eller desorganiserte indre arbeidsmodeller av barnet og dette brukes til å bekrefte at en kvinne er uegnet som forelder vil det ikke være til hjelp for den rusavhengige gravide eller nybakte moren.

Dersom instrumentet kan brukes som et redskap til å reflektere over egne tanker om barnet og hva barnets signaler faktisk betyr, vil den rusavhengige moren kunne få viktig ny kunnskap om hva barnet faktisk trenger fra henne. Zeanah (C. H. Zeanah, 2007) beskriver hvordan en kan bruke WMCI på denne måten. Han beskriver en ung mor med tilknytningsforstyrrelse og hennes forhold til barnet. Denne moren ble karakterisert av Zeanahs kollega som den mest engstelige mor han hadde møtt i hele sin 15-årige karriere som barnelege. Moren viste seg å ha mange motstridende følelser om barnet og en underliggende mistillit til at hun kunne klare omsorgen for barnet. Barnet var tre måneder gammelt og viste tegn på mistrivsel og hadde søvnproblemer og problemer med å ta til seg næring. Zeanah utførte et «still face» eksperiment med mor og barn. I Tronick sitt eksperiment viste den første interaksjonen et godt fungerende samspill, slik jeg refererte til i teorikapitlet. Denne moren startet med intens stirring og med å overøse barnet med prat, latter og berøringer. Barnet vred seg, unngikk blikkontakt med mor og virket som det gispet etter luft. Da mor ble instruert til å se bort fra barnet og ikke reagere, reagerte barnet helt annerledes enn forventet. I stedet for å bli urolig og sutrete, begynte barnet å studere mors ansikt. Da mor igjen ga blikk kontakt med barnet, men med tomt ansikt, så man for første gang at barnet hadde øyekontakt med mor og det varte i 2 minutter. Zeanah hevdet at det virket som om barnet klarte bedre å ta inn og forholde seg til sin mor, når hun ikke invaderte barnet med stimulering. Det kan også forklares med det jeg i analysekapitlet har vært inne på at barnet reagerer med unnvikelse på en uengasjert eller *ambivalent* omsorgsperson.

Zeanah beskriver videre hvordan han brukte WMCI i behandlingen av mor. Mor beskriver følelser av frustrasjon og skuffelse over barnet. Det beskrives også en stor grad av motsetninger mellom mors positive forventninger til barnet i svangerskapet og hennes opplevelse av at barnet ikke innfrir forventningene. Etter hvert i behandlingen kommer det fram både mors forventninger til at barnet skal hjelpe henne med opplevelse av ensomhet, at hun ikke klarer å glede seg over barnet og at hun opplever at barnet avviser henne. Sentralt i denne behandlingen er at barnet er med i terapien, slik at behandler kan se og snakke om foreldre barn interaksjonen, samtidig som han snakker med mor om hennes representasjoner og erfaringer med barnet. Behandlingen gikk over 1 ½ år, så det var ikke snakk om en quick fix behandling. Denne beskrivelsen til Zeanah er et godt eksempel på at WMCI kan være et nyttig redskap til arbeide med foreldre som har ikke balanserte representasjoner av barnet sitt. Zeanahs mor opplevde seg avvist av barnet sitt. Det gjør også mange rusavhengige mødre. De kan også være invaderende som moren i Zeanahs eksempel eller uforutsigbare ved at de noen ganger er i kontakt og noen ganger er avvisende. Barn som opplever et slikt uforutsigbart samspillsmønster fra sin omsorgsgiver vil kunne trekke seg fra kontakt og mødrene vil ha rett i at barnet avviser dem. Barnets atferd kan virke avvisende, men er en beskyttelsesreaksjon. Søderstrøm sier at det ser ut som om mødrene ikke forstår hvor viktige de er for barnet. De tror at barnet heller vil studere verden enn å se på dem. Spesielt er dette vanskelig å forstå dersom barnet unngår blikkontakt med mor (ibid).

I et veilednings opplegg som dette tenker jeg at WMCI kan ha stor betydning for å forstå mors tanker om relasjonen til barnet. Det er et nyttig redskap, men eksempelet til Zeanah viser også viktigheten av å se på interaksjonen samtidig. Man kan ikke bare studere de indre modellene, for det er viktig å hjelpe mor til å forstå hva barnets signaler betyr og hvordan hennes atferd påvirker barnets samhandling med henne.

På hvilken måte kan PCERA være et nyttig redskap i veiledningen?

PCERA er det kartleggingsinstrument som har fokus på spillet mellom foreldre og barn. I analysekapittelet har jeg vist at rusavhengige mødre kommer dårlig ut når spillskvalitet måles, både ved barnets 3 og 12 måneder (Torill Sundet Siqveland, 2012). Søderstrøm sin beskrivelse av barna som små astronauter gir meg mening i å forstå hvorfor det kan være slik. Dersom mødrene ikke forstår at de har en så avgjørende betydning for barnet, vil de ikke handle som om de er livsviktige for barnet. Som analysen har vist; barn som over tid ikke erfarer sensitivitet i omsorgen, at foreldrene speiler deres emosjoner og hjelper dem ved

følelsesmessig intoning vil etter hvert ikke respondere med positive emosjoner på forelderen og dette vil igjen forsterke den voksnes passivitet i forhold til barnet. Den voksne vil plassere barnet med ansiktet vendt bort fra dem, fordi det er smertefullt å oppleve at barnet vender blikket bort. Dette er i tråd med Sameroff og Chandlers transaksjonmodell som er presentert i teorikapittelet, barnet og den voksne tilpasset seg en «toveistraffikk» av avvisning, som etter hvert bare forsterker barnets tilbaketrekking og den voksnes vekslende invadering og avvisning av barnet (Smith, 2010).

PCERA kan her være et nyttig redskap. Igjen må det poengteres at det er viktig at et slikt kartleggingsverktøy brukes med varsomhet og innlevelse. Bruken av film som redskap til å beskrive foreldre-barn samspill som ikke fungerer kan være enormt belastende og utrygt for en rusavhengige mor. Film er avslørende og ting man ikke har lagt merke til i vanlig samhandling kan komme til syne på film på en ubarmhjertig måte. PCERA beskriver både styrker og svakheter i samspillet. Det er viktig at også styrken hos foreldre og barn hentes fram når man skal presentere en analyse av en PCERA film. Den voksne trenger å se hva de får til og hvor de har sin styrke, for å kunne ha motivasjon til å jobbe med utfordringer og svakheter. Samtidig er det viktig for foreldre å vite hva som er sentrale mangler i deres samspill med barnet. De må vite hva de trenger å utvikle, det er ikke nok å si at samspillet må forbedres, men hva er det konkret i samspillet den voksne trenger å gjøre mer av? Wiig (Wiig et al., 2014) har poengtert dette i sin artikkel der hun hevder at det er lettere for mødrene å vite hva de ikke ønsker å gjøre i samhandling med sitt barn, men de vet ikke hva de skal sette inn i stedet. PCERA er både konkret og detaljert slik at det er mulig for den voksne å forstå hva de trenger å jobbe med og hva barnet trenger. Clark har brukt PCERA i forskning, men det har også vært brukt for å måle endring i samspill etter terapi. PCERA er ikke et terapeutisk virkemiddel i seg selv, men det kan brukes terapeutisk, gjerne sammen med andre terapeutiske virkemidler. Zeanah i eksempelet over brukte en kombinasjon av refleksjon omkring mors indre arbeidsmodell av barnet, hennes egen erfaring med omsorg og en vurdering av det han så i mor barn interaksjonen. Nettopp dette å få «oversatt» barnets språk var av avgjørende betydning for denne moren og det er også avgjørende for rusavhengige mødre. Hvordan skal man kunne forstå barnets signaler når man ikke har lært at egne signaler blir sett eller verdsatt? Her er det naturlig å dette i sammenheng med det Per Jensen (Jensen, 2009) skriver om analog og digital kommunikasjon. Små barn sender oftere analoge signaler og de kommuniserer analogt. Å forstå barnets analoge språk og kommunisere tilbake på en måte som er forståelig for barnet ut i fra alder og modenhet er utfordrende. Hvilke svar

trenger barnet? Til dette trenger man en dyktig tolk og det å se signaler på film, kan gjøre dette tydeligere enn med det blotte øyet.

På grunn av den belastningen det er å få sin egen utilstrekkelighet presentert på film, vil jeg argumentere for at bruk av et kartleggingsinstrument som PCERA trenger å kombineres med en annen terapeutisk intervensjon dersom det skal fungere terapeutisk. Marte Meo (Hedenbo & Wirtberg, 2002) er en slik terapeutisk intervensjon som kan gi mer optimisme og hjelpe mor å se hva som virker på barnet og lære henne å studere barnet og forstå hva signaler kan bety.

Suchman (Suchman, Pajulo, DeCoste, & Mayes, 2007) argumenterer for en tilknytningsbasert intervensjon. Denne intervensjonen hadde fokus på kvalitet i relasjonen mellom rusavhengige mødre og deres små barn. Mødrene brukte en til to timer per dag til å jobbe med å utvikle barnets ferdigheter og fikk hjelp til å forstå barnets signaler når det var i følelsesmessig ubalanse og hjelp til å roe barnet ned i disse situasjonene. De fikk hjelp til å forstå hva barnet trengte av dem og å gi konsistente og forutsigbare reaksjoner på barnets signaler. Dette er en spennende intervensjon, jeg vil komme tilbake til denne i diskusjonen om familierapeutiske metoder.

Er spedbarnets utvikling i trygge hender på institusjon?

Lovverket som gir grunnlag for å ta gravide rusmisbrukere inn i institusjon og holdes tilbake mot deres vilje er satt i verk for å ivareta barnets interesser i graviditeten. Tilbudet som gis til de gravide rusavhengige mødrene etter fødsel er også ment å ivareta barnets behov for en trygg ivaretagelse og utvikling de første månedene. Mye er lagt til rette ved de ulike institusjonene for at dette skal lykkes. De fleste steder har et opplegg for å ivareta foreldre-barn samspill og for å se til at barnet blir trygt ivaretatt. Mange gode krefter er satt i verk, men man må alltid stille spørsmålet om opplegget er godt nok. Spesielt er det grunnlag for å stille dette spørsmålet etter å ha lest Siqveland sin forskning som viser at flere sider ved mor barn samspillet blir kvalitativt dårligere fra 3 til 12 måneder. Flere institusjoner har et tilbud til mor og barn 12 måneder etter fødsel. I Siqveland sin forskning var de fleste mødrene utskrevet fra institusjon da barnet var 12 måneder. Funnene gir likevel grunnlag for å stille noen ubehagelige spørsmål. Dersom de var utskrevet for noen måneder siden, har utviklingen da gått så fort i negativ retning? Det kan tenkes at det har skjedd en negativ utvikling på disse månedene, men har man ikke ved institusjonen før utskrivning sett at utviklingen slo negativt ut i forhold til barnet?

Det er her mitt spørsmål om kartleggingsinstrumenter kommer inn. Hadde noe kunne vært annerledes dersom behandlerne hadde brukt samme kartleggingsinstrument som forskerne?

Dette blir selvfølgelig bare antakelser, men et kartleggingsinstrument som PCERA vil med sin systematiske oppbygning og med fokus på sentrale utviklingsområder hos barnet, muligens kunne avdekke en slik skjevutvikling før mor og barn ble utskrevet. Et sentralt punkt her er det *å se*. Kartleggingsinstrumenter ved bruk av film og med fokus på samhandling mellom foreldre og barn, skjerper synet. Filmmediet gir en unik mulighet til å se på detaljer i samspillet, som man vanskelig kan få øye på uten. Et eksempel er Protodialogen og turtakingsmønsteret, som Mary C Bateson jobbet med, ble oppdaget nettopp på grunn av filmopptak. Det man ser kan man også lettere veilede på.

De områdene barnet viste en bekymringsfull utvikling på var at de skåret lavt på affektive uttrykk. De ga lite uttrykk for glede og mer uttrykk for negativ affekt. Kvaliteten på forholdet mor- barn (dyaden) var lavere ved høyere spenningsnivå og mindre gjensidig glede. Dette er svært bekymringsfulle funn for et barn på 12 måneder. Siqveland hevder at dette er et resultat av manglende speiling og hjelp med affektregulering fra 3 til 12 måneder som gjenspeiles i disse funnene. Siqveland understøtter betydningen av affektregulering i foreldre-barn forholdet. Hun påpeker noe av det samme som Braarud og Nordenger gjør i det jeg har referert i teorikapittelet (Braarud & Noranger, 2011). De hevder at barn som ikke får hjelp med affektregulering må trøste og trygge seg selv og finne egne måter å regulere sine følelser på. På sikt kan dette ha negative konsekvenser for barnets utvikling og det kan forårsake komplekse traumer og dysfunksjonell fungering.

Dersom man tolker disse funnene inn i en ADBB kartlegging, ser en at funnene hos barna kan tolkes inn i punktene blikkontakt og ansiktsuttrykk. Dersom barnet skårer lavt på affektive uttrykk vil man se dette på blikkontakt og ansiktsuttrykk. Barn som viser lite glede har fravær av glede i ansiktet og vil kunne få en skåre som ligger innenfor området atypisk atferd. Manglende positiv affekt vil også kunne påvirke generelt aktivitetsnivå. Områdene evne til å inngå i samspill og evne til å tiltrekke seg og beholde oppmerksomheten vil kunne få utslag på atypisk atferd, da PCERA målingene viser så lav kvalitet på mor barn dyaden og høyt spenningsnivå.

Det er med andre ord grunn til bekymring i forhold til at disse barna har tilbaketrekkingssatferd som ville kreve tiltak og oppfølging. Barn med begynnende tilbaketrekking symptomer må få

rask hjelp og behandling for at dette ikke skal bli en vedvarende tilstand, eller at tilstanden forverres.

Selv om denne kartleggingen ble målt ved barnets 12 måneders alder, er det sannsynlig at dette hadde vært slik også noen måneder før. Det innebærer at noen av disse barna hadde vist tegn på sosial tilbaketrekking mens de var innlagt med sin mor i rusinstitusjon. Dette er ubehagelig å tenke på og en må stille spørsmålet om institusjonene har gode nok kartleggingsverktøy til å avdekke at dette skjer med barnet? Sett inn i denne sammenhengen tenker jeg at et kartleggingsverktøy som PCERA og ADBB er nyttige og viktige for å kunne avdekke så tidlig som mulig om barnet viser en sosial tilbaketrekkingssatferd.

Spørsmålet om spedbarnet er i trygge hender på rusinstitusjon er med andre ord ikke lett å svare på. Mye er lagt til rette for en god ivaretagelse, men hva om man ikke har gode nok redskaper til å se at barnet ikke utvikler seg slik det skal? Hvem har i såfall hovedprioritet i dette forholdet, mor eller barn? Hvor mye negativ utvikling hos barnet kan behandlere tåle? Tenker man at mor må gis denne sjansen til å prøve ut rollen som mor, mens barnets hjerneutvikling står på spill? Spørsmålene er viktige å stille, selv om mitt analysemateriale ikke gir et entydig svar.

Er det rom for kartleggingsinstrumenter i et systemiske perspektiv?

Mæle (Mæhle, 2010) viser til at fagfeltet familieterapi og utviklingspsykologi tidligere nærmest har vært i krig med hverandre. Han henviser til utviklingspsykologer som hevder at den ensidige forankringen i systemteori har ekskludert barn fra familieterapien. Kritikken fra utviklingspsykologien har gått på at familieterapien ikke har tatt barnas problemer på alvor men fokusert på dysfunksjonelle familiesystemer. I tillegg mente man at familierapeutiske metoder ikke var tilpasset barn og at familierapeuter ikke hadde nødvendig kunnskap til å kommunisere med barn. På 80-tallet ble systemteorien erstattet av sosialkonstruksjonismen som den viktigste epistemologiske referanse i familieterapifaget. Dette bidro til generell skepsis til psykologisk forskning også utviklingspsykologien. Konsekvensen av dette har vært et manglende fokus i familieterapifeltet på barns spesielle behov og forutsetninger. Skepsisen har også gått motsatt vei, og utviklingspsykologien har i liten grad vist interesse for metodeutvikling innenfor familieterapifeltet som er variert og har beveget seg i retning av å møte barnet på dets premisser. Mæle hevder at det i dag er en større tilnærming mellom de to

fagtradisjonene. Familieterapifeltet har gjenoppdaget utviklingspsykologien og utviklingspsykologien har endret fokus mer i retning av hel- familie perspektiv. Han hevder at tiden er inne for en «fruktbar allianse» (s. 641) mellom de to fagtradisjonene. Jeg har tidligere vært inne på Sameroff og Chandlers transaksjonsmodell og argumentert for at dette er en modell som passer godt inn i forhold til et systemisk perspektiv. Mæle hevder at dette er en modell der utviklingspsykologien og familieterapifeltet kan møtes, da den er i overenstemmelse med familieterapiens systemiske grunnideer.

Mæle trekker også inn tilknytningsteorien som en helt sentral og viktig forståelsesramme for barn og voksnes handlinger og som en forståelsesramme for å forstå samspillproblemer og å forstå hva barnet trenger av sine foreldre for en sunn utvikling ibid). Det er dette jeg har prøvd å vise gjennom min analyse og denne drøftingen. Familieterapien trenger å bruke tilknytningsteori og forståelse som referanseramme for å forstå og gi barn og foreldre hjelp i samspillet. Kartleggingsinstrumenter er utviklet som et resultat av den betydningen utviklingspsykologien har tillagt tilknytningen for å kunne måle om foreldre og barn er på riktig spor, eller om de trenger hjelp til å endre kursen.

Innen familieterapifeltet har en hatt en tradisjon for å tenke at kartleggingsinstrumenter tilhører en positivistisk vitenskapstradisjon, som er lineært og forholder seg til årsak- virkning og som også handler om å telle og lage diagrammer. Jeg har i metodekapitlet argumentert for at de kartleggingsinstrumentene jeg har valgt ut, er mer knyttet til en kvalitativ forskningstradisjon da de baserer seg på intervjuer og film og lydbåndopptak. Skåringen av instrumentene har alle likevel et element av å telle og å summere opp. Spesielt PCERA og ABDD der en i noen variabler teller f. eks antall berøringer eller visuell kontakt. Jeg velger å tolke dette som en måte å kode materialet på, noe en også gjør i kvalitativ metode. Malterud argumenterer for å systematisere materialet ved å finne meningsbærende enheter, koder og «fenomener av noenlunde samme klasse» (Malterud, 2013) s. 101. Jeg vil hevde at skåringen av kartleggingsinstrumenter innebærer noe av det samme som Malterud er inne på.

Flergenerasjons og narrativt perspektiv

«Et menneske sin historie kan ikke gjøres om, men den kan fortelles på ulik måte»
(Dostojevskij: Brødrene Karamazov).

Jeg vil også komme inn på flere sider ved kartleggingsinstrumenter som kan understøtte det systemiske perspektivet. Det ene er at kartleggingsinstrumenter som har som mål å kartlegge indre arbeidsmodeller av egen omsorg eller av barnet også har et flergenerasjonsperspektiv. Som jeg var inne på i innledningen, at «barndommen varer i generasjoner», så tilbyr tilknytningsteori og kartleggingsinstrumentene en forståelsesramme for hvorfor utrygg tilknytning kan gå i arv og opprettholdes i neste generasjon. I tillegg til forståelsen er det også et godt argument for å tilby rusavhengige mødre og barn en behandling tuftet på en systemisk forståelse og et flergenerasjonsperspektiv, der tanken er å bryte det mønsteret man har avdekket ved hjelp av kartleggingsinstrumentene. I tillegg til samtaler om tilknytning og andre relasjoner vil det kunne være fruktbart å trekke inn flere personer i terapirommet, som kan utvide og forsterke mor-barn dyaden.

Mary Main (Main et al., 1985b) hevder at kartleggingsverktøyenes mål er å overraske eller overrumple det ubeviste. På denne måten kan foreldre få tilgang til informasjon om egne indre arbeidsmodeller som de ikke hadde tilgang til eller var klar over. Det narrative aspektet ved både AAI og WMCI er fremhevet av flere av forskerne. I det narrative aspektet ligger også muligheten for å fortelle en historie på en ny måte. Dersom man blir klar over viktige aspekter ved indre modeller, er det også rom for å utfordre og endre på disse. Michael White regnes som grunnlegger av den narrative terapiformen i familieterapi. I følge ham er problemhistoriene om en person ofte en tynn beskrivelse av personen og relasjonene vedkommende inngår i. En tynn beskrivelse er problemmettet ifølge Lundby (Lundby, 2009). Tykkere beskrivelser kan en få fram ved å spørre etter unntakene eller «unike resultater». Hvilke unntak kan en se i egen erfaring eller i barnets atferd som kan regnes som unikt og gi grunnlag for å tenke og handle på en ny måte? På den ene side er man på jakt etter de erfaringene som ikke passer inn, men man er også på jakt etter å finne en alternativ historie om personen, som handler om representasjonene. Spørsmålene man stiller handler både om handlinger og ideer. Hva forteller denne unike historien om deg på identitetsplanet? Hva forteller det om deg som mor at du valgte å la barnet studere ansiktet ditt når du tror at barnet ikke er interessert i deg? For eksempel kan en historie om spedbarnet som ser bort være en tynn historie for en rusavhengig mor om at barnet ikke synes hun er så interessant, eller enda sterkere; barnet avviser meg. Dersom man kan tykne historien ved å si, barnet trenger en liten pause, eller du er så viktig for han, men det er vanskelig for han å vise hvor mye du betyr for han, kan dette kanskje gi foreldre en nysgjerrighet på barnet, i stedet for fokus på egen utilstrekkelighet.

Denne måten å reflektere på og stille spørsmål på har mye til felles med overnevnte eksempel som Suchman (Suchman et al., 2007) presenterte. Suchman hevder at det er en forutsetning for den rusavhengige moren og hennes barn at mor anerkjenner sine egne forvrengte eller uengasjerte følelser knyttet til barnet og forholdet til barnet. I et narrativt språk kan en si at det er viktig at mor finner en «tykkere» forståelse av egne følelser og barnets følelser. Dersom mor ikke får hjelp til dette står hun i fare for å misforstå barnets og egne signaler og derved reagere insensitivt og uforutsigbart for barnet. For eksempel kan en mor som ikke anerkjenner egen følelse av ensomhet ha en tendens til å virke invaderende på barnet, eller en mor som ikke klarer å anerkjenne sitt barns separasjonsangst, vil unnlate å forsikre barnet om at hun vil komme tilbake når hun går. Ved å få hjelp til å forstå egne og barnets følelser bedre vil mors investering i barnets ve og vel øke. Hun vil ha større fokus på å forstå og ivareta barnet. Rusavhengigheten blir ofte forstått som et forsøk på selvmedisinering og en måte å regulere vanskelige følelser og å kompensere for manglende hjelp til følelsesregulering. Det er dette Pajulo (Pajulo et al., 2006) viser til når hun hevder at avhengigheten har kapret / kidnappet tilknytningssystemet til foreldrene. Dersom mor får hjelp til å romme egne og barnets smertefulle følelser, vil hennes tilbøyelighet til å bruke rusmidler for å regulere følelser reduseres. En slik endring av mors representasjoner om barnet, vil også ha innvirkning på måten barnet henvender seg til mor på. Barnet vil ha økte forventninger til at mor skal ivareta følelsesmessige utviklingsmessige behov og når disse blir ivaretatt vil det øke barnets evne til selvregulering (Suchman et al., 2007). Med andre ord mors endrede evne til mentalisering og reflekterende fungering om barnet sitt vil ha positiv innvirkning også på mors rusproblem.

Oppsummering

Relasjonen mellom barnet og den rusavhengige moren har vært tema for denne oppgaven. Det er en liten enhet av to mennesker som er avhengige av hverandre. Barnet er avhengig av sin mor, da det er hun som skaper betingelsene for trygghet, en god utvikling og vekst. Mor er avhengig av barnet fordi det kan representere hennes vei inn i et respektabelt liv og en mulighet til å bryte med et mønster som har fulgt henne og hennes familie i generasjoner. Ikke alle mødre med rusavhengighet har erfaring med vanskelige og utrygge hjemmeforhold, men mye forskning har vist at mange starter med en tyngre bagasje enn andre mødre. Barnet trenger en omsorgsperson som har glede over samværet og kan lese signaler og være sensitiv. Det trenger tilgang til mors sinn og følelser for å bli speilet og følelsesregulert. Dette er ferdigheter som ofte ikke «ligger lagret» i mors bevissthet.

Begrensninger

Begrensningene ved denne oppgaven er som jeg tidligere har nevnt at jeg bruker et delvis kvantitativt materiale og analyserer i en kvalitativ analyse. Jeg mener det kan gjøres så lenge mitt hovedfokus har vært den kvalitative delen av studiene. En annen begrensning er at jeg ikke selv har intervjuet/ snakket med mødre og barn som har vært gjenstand for undersøkelsene. Det er ikke «mitt» materiale og i det ligger det mulighet for feiltolkninger.

Hva har jeg lært

Det har vært spennende å gå inn i å studere kartleggingsinstrumentene og forskningen knyttet til den. Det har engasjert meg og jeg ser at det ligger muligheter i bruken av disse instrumentene. Å gå inn i og forske på hvordan de indre arbeidsmodellene styrer handlinger rettet mot barnet er spennende. Det blir enda mer spennende når en kan se på disse som en mulighet til å «tykne» og utvide historiene. Jeg tenker at de passer inn i en familierapeutisk og narrativ kontekst, med mulighet for å søke etter unntakene og å skape en ny historie, der det fraværende kan være det implisitte (White 2007) i (Lundby, 2009). Mødrene vet hva de ikke ønsker for barna sine, men de kan trenge hjelp til å finne hva som skal komme i stedet. Kartleggingsinstrumentene som har fokus på atferd -det foreldre og barns gjør kan gi hjelp til å finne nettopp dette som skal komme i stedet. Kommunikasjon er viktig mellom foreldre og

barn, men om en ikke forstår eller misforstår hverandres signaler, kan det få alvorlige konsekvenser. Et kartleggingsinstrument der en kan studere handlinger på film, kan være egnet til å lære om barnets signaler og hva det trenger. Også her kan en bruke et refleksivt fokus, ved å spørre seg hva en tror barnet tenker og føler, og hvorfor det handler som det gjør. Det kan med andre ord styrke mors evne til mentalisering. Man kan også i en filmgjennomgang se etter unntakene, de gangene samspillet fungerer og bruke dette som utgangspunkt for en ny historie for mor og barn. En narrativ praksis handler om samarbeid ifølge Lundby. En ønsker å sette det enkelte menneskets; i denne sammenhengen den enkelte mor sin erfaring og kunnskap i sentrum, når en skal planlegge tiltak. Det er hun som må bestemme hvordan hennes behandling skal være, men man kan komme med forslag og tilbud om hvordan det kan se ut (ibid).

Dilemmaet og implikasjoner for videre forskning.

Dilemmaet i denne problemstillingen er at barnet er den andre parten og skal også ses og høres. Ved bruken av et kartleggingsinstrument som måler barnets sosiale tilbaketrekking vil en få kunnskap om barnets utvikling er i fare. Ved å studere nyere forskning om samspillet mellom rusavhengige mødre og deres barn, har jeg funnet at bruken av et kartleggingsinstrument som måler barnets sosiale tilbaketrekking er nødvendig å ha tilgang til i arbeidet med mødre og barn i rusinstitusjon. Siqvelands forskning sett sammen med kartleggingsinstrumentet ADBB, ga grunn til bekymring. Noen av disse barna kan vise symptomer på sosial tilbaketrekking. Disse barna har også pasient status når de er innlagt og de må etter min mening komme først når en skal vurdere hvem sine interesser som skal veie tyngst. Det store og åpne spørsmålet er når i denne prosessen startet den negative utviklingen for barnet? Dersom det skjedde mens barnet var innlagt må det få konsekvenser for hvordan man innhenter informasjon om barnets utvikling mens det er innlagt. Bruken av kartleggingsinstrumenter er en måte å sikre ivaretagelse av barnet. Likevel er det ikke nok å se eller vite at barnets utvikling ikke er optimal, om man ikke handler på bakgrunn av kunnskapen. Til dette må man også ha gode rutiner og hjelpemidler.

I den forskningen jeg har satt meg inn i blir det gjentatt om og om igjen at behandlingen og tiltakene må gå over tid. Noen institusjoner har et tilbud i 12 måneder, andre kortere. For barn og foreldre med så omfattende problematikk, synes 12 måneder altfor kort. Behandlingen bør gå over lengre tid. Det betyr ikke at mor og barn må være i institusjon lenger. Kanskje bør en starte før de 12 månedene er gått med et tilbud i hjemmet. Ved noen behandlings institusjoner er det kommunen som følger opp etter endt behandling. Det kan høres greit ut, men om man

er opptatt av relasjon i et endringsarbeid så er det nettopp de som har vært med i starten av en endringsprosess som må følge den lille familien når de etablerer seg i samfunnet. Det er de som kjenner den gamle og den nye historien. Var det på grunn av at overgangen til egen bolig ble for stor for mor og barn at utviklingen gikk i feil retning?

Det er spørsmål som jeg ikke har kunnet finne svar på i denne forskningen. Disse spørsmålene er viktige å stille og det er akkurat disse som kan være implikasjoner for videre forskning:

Har man gode nok redskaper til å se, at barnets utvikling er i fare på behandlingsinstitusjoner som tar imot mor og barn? Dersom man har gode nok redskaper til å se, hvilke intervensjoner velges? Er tilbudet i etterkant av behandling godt nok og tilpasset mor og barns spesielle behov?

Dette er spørsmål som bør forskes videre på og jeg tenker at med en familieterapeutisk tilnærming, der en også kan trekke inn flere viktige personer både barnets far, storfamilie og nettverk som kan fungere, vil gjøre den lille enheten sterkere og ha mulighet til en ny historie og varig endring.

Litteratur

- Ainsworth, M. D. S., M. C. Blehar, E. Waters, & Wall, S. (1979). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New York: Routledge.
- Bateson, G., & Bateson, M. C. (1987). *Angels fear: towards an epistemology of the sacred*. New York: Macmillan.
- Beeghly, M., & Tronick, E. Z. (1994). Effects of prenatal exposure to cocaine in early infancy: Toxic effects on the process of mutual regulation. *Infant Mental Health Journal*, 15, 158 - 175.
- Benoit, D., Zeanah, C. H., Parker, K. C. H., Nicholson, E., & Coolbear, J. (1997). "Working Model of the Child Interview": Infant Clinical Status Related to Maternal Perceptions. *Infant Mental Health Journal*, 18(1), 107- 121.
- Bowlby, J. (1973). Separation, anger, and anxiety. *Attachment and loss* (Vol. 2). New York: Basic books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Braarud, H. C. (2010). Samspill mellom to måneder gamle spedbarn og omsorgsgiver; Er spedbarnet en aktiv samspillspartner. In V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (Eds.), *Håndbok i sped og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal.
- Braarud, H. C., & Noranger, D. Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 968- 972.
- Braarud, H. C., & Richter, J. (2014). *Måleegenskaper ved den norske versjonen av Alarm Distress Baby Scale (ADBB)*. Oslo: PsykTestBARN.
- Brandt, A. E., & Grenvik, T. H. (2010). *Med barnet i sentrum; Nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Brazelton, T. B., Tronick, E., Adamson, L., Als, H., & Wise, S. (1975). Early mother-infant reciprocity. In: *Parent-Infant Interaction*. Elsevier: Amsterdam.
- Bretherton, I., & Main, M. (2000). Orbitalary: Mary Dinsmore Salter Ainsworth (1913-1999). *American Psychologist*, 36(917-927).
- Broberg, A., Mothander, P. R., Granqvist, P., & Ivarsson, T. (2008). *Anknytning i praktiken*. Falkenberg, Sverige: Naturoch kultur.
- Burns, K. A., Chethik, L., Burns, W. J., & Clark, R. (1997). The early relationship of drug abusing mothers and their infants: an assessment at eight to twelve months of age. *J Clin Psychol*, 53(3), 279-287.
- Clark, R. (1999). The Parent-Child Early Relational Assessment: A Factorial Validity Study. *Educational and Psychological Measurement*, 59(5), 821-846.
- Clark, R. (2009, October 1, 1999). *The Parent-Child Early Relational Assessment*. Educational and Psychological Measurement, (59, 5). Madison, WI.
- de Haas, M. A., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ijzendoorn, M. H. (1994). The Adult Attachment Interview and questionnaires for attachment style, temperament, and memories of parental behavior. *J Genet Psychol*, 155(4), 471-486.
- Dollberg, D., Feldman, R., Keren, M., & Guedeney, A. (2006). Sustained withdrawal behaviour in clinic-referred and nonreferred infants. *Infant Mental Health Journal*, 27 (3), 292- 309.
- Ertresvaag, S. E. (2014). Avrusning i svangerskapet gir god start. *Forskning.no*. from <http://forskning.no/alkohol-og-narkotika-svangerskap/2014/12/avrusning-i-svangerskapet-gir-god-start>

- Field, T. M., Scafidi, F., Pickens, J., Prodromidis, M., Pelaez-Nogueras, M., Torquati, J., . . . Kuhn, C. (1998). Polydrug-using adolescent mothers and their infants receiving early intervention. *Adolescence*, 33(129), 117-143.
- Flores, P. J. (2001). Addiction as an Attachment Disorder: Implications for Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy: Vol. 51*, 51, 63- 81.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychiatry*, 48(3/4), 288- 328.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Dev*, 62(5), 891-905.
- Guedeney, A., & Fermanian, J. (2001). A Validity and Reliability Study of Assessment and Screening for Sustained Withdrawal Reaction in Infancy: The alarm Distress Scale. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 559-575.
- Guedeney, A., Moe, V., Pura, K., Mantymaa, M., & Tamminen, T. (2010). Sosial tilbaketrekning i spedbarnsalderen. In V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (Eds.), *Håndbok i sped og småbarns psykiske helse* (pp. 285-302). Oslo: Gyldendal.
- Hansen, B. R. (2010). Affektive dialoger. Fra regulering til mentalisering. In V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (Eds.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, M. B., & Jacobsen, H. (2008). Sped- og småbarn i risiko- en kunnskapsstatus (RKBU, Trans.). Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, RKBU.
- Hedenbo, M., & Wirtberg, I. (2002). *Samspillets kraft. Marte Meo- mulighet til utvikling*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Helsedirektoratet. (2011). Gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder. *Nasjonale faglige retningslinjer* (Vol. 5). Oslo: Helsedirektoratet.
- Hårtveit, H., & Jensen, P. (2004). *Familien-pluss én*. Oslo: Universitetsforlaget.
- IJzendoorn, M. H. v. (1992). Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in nonclinical populations. *Developmental Review*, 12(1), 76-99.
- IJzendoorn, M. H. v. (1995). Adult Attachment Representations, Parental Responiveness, and Infant Attachment: A Meta- Analysis on the Predictive Validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol Bull*, 117(3), 387- 403.
- Jensen, P. (2009). *Ansikt til ansikt, kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialarbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene, kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Killen, K. (2000). *Barndommen varer generasjoner*. Oslo, Norway: Kommuneforlaget AS.
- Killen, K. (2011). Risiko, omsorgsvikt, samspill, tilknytning. Opplæring og metodeutvikling (B. kors, Trans.). Borgestadklinikken: Kompetansesenter rus- region sør.
- Killen, K., & May, O. (2003). Se meg! Hjelp meg! In K. Killen & M. Olofsson (Eds.), *Det sårbare barnet, Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Korja, R., Ahlqvist-Björkroth, S., Savonlahti, E., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., . . . Lehtonen, L. (2010). Relations between maternal attachment representations and the quality of mother–infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 33(3), 330-336.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal, akademisk.
- Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi* 2002, 12 (3), 309- 318.
- Lauritzen, G., & Waal, H. (2011). Sammenheng mellom rusmidlsbruk og psykisk helse i et generasjonsperspektiv. In K. Killen & M. Olofsson (Eds.), *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget.

- Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A., & Arner, O. (1997). A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment: Methods and Findings *NORDISK ALKOHOL- & NARKOTIKATIDSKRIFT*, 14.
- Lundby, G. (2009). Hvorfor bør man samarbeide. In G. Lundby (Ed.), *Terapi som samarbeid. Om narrativ praksis*. Oslo: Pax forlag A/S.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985a). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representations. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment. Theory and research* (Vol. 50, pp. 66- 104). Chicago: University of Chicago Press.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring* (3 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Moe, V., Slinning, K., & Siqveland, T. (2010). Barn av foreldre med rusproblemer og psykiske vansker. In V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (Eds.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal.
- Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bare, J., Bonuck, K., Meissner, P., . . . Steele, H. (2014). Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire and Adult Attachment Interview (AAI): Implications for parent child relationship. *Child Abuse Negl*, 38, 224- 233.
- Mæhle, M. (2010). Familierapi med de yngste barna. Hvilke rammer og forutsetninger gir utviklingspsykologisk kunnskap? In V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (Eds.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (Vol. 1). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta- Ethnography: Syntesizing Qualitative Studies* (Vol. 11). USA: Sage Publications University Paper.
- NOU. (2012). Bedre beskyttelse av barns utvikling — Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet. In I.-o. i. Barne- (Ed.), *NOU* (Vol. 5). Oslo: Regjeringen.no.
- Olofsson, M., & Lindemann, R. (2003). Rusmiddelbruk i svangerskapet og konsekvenser for det nyfødte barnet. In K. Killen & M. Olofsson (Eds.), *Det sårbare barnet*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Ahlqvist, S., Helenius, H., & Piha, J. (2001). An early report on the mother-baby interactive capacity of substance-abusing mothers. *J Subst Abuse Treat*, 20(2), 143-151.
- Pajulo, M., Suchman, N., Kalland, M., & Mayes, L. (2006). Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant and parenting women: focus on Maternal reflective functioning and mother- child relationship. *Infant Mental Health Journal* Vol. 27(5), 448- 465.
- Robertson, J., & Bowlby, J. (1952). Responses of young children to separation from their mothers II: Observations of the sequences of response of children aged 18 to 24 months during the course of separation. *Courier du Centre International de l'Enfance*, 3, 131-142.
- Rosow, I., Moan, I. S., & Henrik, N. (2009). Nære pårørende av alkoholmisbrukere - hvor mange er de og hvordan berøres de? (Vol. 9/ 2009). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).
- Røed, H. B. (2010). Affektive dialoger. In M. Vibeke, K. Slinning, & M. B. Hansen (Eds.), *Håndbok i sped-og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. . (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In M. H. F. D. Horowitz, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Ed.), *Review of child development research* (Vol. 4). Chicago: University of Chicago Press.
- Siqveland, T. S. (2012). *Children born to mothers with substance abuse problems. Mother-infant interaction during the infant's first year of life*. (Phd), University of Oslo, Oslo.
- Siqveland, T. S., & Vibeke, M. (2014). Longitudinal Development of Mother-Infant Interaction During the First Year of Life Among Mothers with Substance Abuse and Psychiatric Problems and Their Infants. *Child Psychiatry and Human Development*. , 45 (4), 408- 421.
- Skranes, J., & Løhaugen, G. C. C. (2013). Betydningen av utredning og diagnostisering ved føtal alkoholskade. In L. Drangsholt (Ed.), *Barnet og Rusen, Tema: Alkoholrelaterte fosterskader (FASD)* (Vol. 1). Skien, : Kompetansesenter rus- region sør, Borgestadklinikken.

- Slinning, K., & Eberhard-Gran, M. (2010). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. In V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (Eds.), *Håndbok i sped og småbarns psykiske helse* (pp. 285-302). Oslo: Gyldendal.
- Smith, L. (2010). Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi. In V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (Eds.), *Håndbok i sped og småbarns psykiske helse* (pp. 285-302). Oslo: Gyldendal.
- Solbakken, B., Lauritzen, G., & Lund, M. K. Ø. (2005). Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer *SIRUS-rapport*, 5. Oslo: SIRUS.
- Spitz, R. A. (1951). *The psychogenetic diseases in infancy: an attempt at their etiologic classification*. (Vol. 6). New York: International University Press.
- Spitz, R. A. (Producer). (1952, 25.04.15). Grief. [film] Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=VvdOe10vrs4>
- Suchman, N. E., Pajulo, M., DeCoste, C., & Mayes, L. (2007). Parenting Interventions for Drug-Dependent Mother and Their Young Children: The Case for an Attachment- Based Approach. *HHS Public Access, Author manuscript*, 55 (2), 211-226.
- Söderström, K. (2013). *Minding the Baby - Minding the Parent*. (PhD), Norwegian University of Science and Technology. (2013:21)
- Thagaard, T. (2011). *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Torvik, F. A., & Rognmo, C. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Folkehelseinstituttet.
- Tronick, E. (Producer). (2012, April 15th. 2015). Mind in the Making. [YouTube video] Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=bG89Qxw30BM>
- Vreeswijk, C. M. J., M, Maas, J. B. M., & Van Bakel, H. J. A. (2012). Parental representations: A systemic review of the Working Model of the Child Interview. *Infant Mental Health Journal*, 33(3), 314- 328.
- Wiig, E. M., Haugland, B. S. M., Halså, A., & Myra, S. M. (2014). Substance- dependent women becoming mothers: breaking the cycle of adverse childhood experiences. *Child & Family Social Work*.
- Wiig, E. M., & Myrholm, R. L. (2012). Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST § 6-2a i perioden 2009- 2010. Borgestadklinikken: Kompetansesenter rus- region sør.
- Winnicott, D. W. (1964). *The child, the family, and the outside world*. Harmondsworth: Penguin.
- Winnicott, D. W. (1967). Mirror-role of the mother and family in child development. In P. Lomas (Ed.), . In P. Lomas (Ed.), *The Predicament of the Family: A Psycho-Analytical Symposium* (pp. 26-33). London: Hogarth.
- Zachrisson, H. D. (2010). Tilknytning og psykisk helse hos sped og småbarn. In V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (Eds.), *Håndbok i sped og småbarns psykiske helse* (pp. 285-302). Oslo: Gyldendal.
- Zeanah, C. H. (2007). Constructing a Relationship Formulation for Mother and Child. Clinical Application of the Working Model of the Child Interview. In D. Oppenheim & D. F. Goldsmith (Eds.), *Attachment Theory in Clinical Work with Children. Bridging the Gap between Research and Practice*. New York: The Guilford Press.
- Zeanah, C. H., & Benoit, D. (1995). Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, 539-554.